



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

SELMA GOMES DA SILVA

**TRAVESSIAS ENTRE A SALA DE AULA E O CONSULTÓRIO: TRAJETÓRIAS
DOCENTES, ADOECIMENTO E NARRATIVAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO DE
PROFESSORES.**

FORTALEZA

2017

SELMA GOMES DA SILVA

**TRAVESSIAS ENTRE A SALA DE AULA E O CONSULTÓRIO: TRAJETÓRIAS
DOCENTES, ADOECIMENTO E NARRATIVAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO DE
PROFESSORES.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Sociologia.
Área de concentração: Sociologia

Linha de pesquisa: Diversidades culturais, estudos de gênero e processos identitários.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva

FORTALEZA

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G617t Gomes da Silva, Selma.

Travessias entre a sala de aula e o consultório: trajetórias docentes, adoecimento e narrativas de sofrimento psíquico de professores. / Selma Gomes da Silva. – 2017.
489 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Fortaleza, 2017.

Orientação: Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva.

1. Trabalho Docente . 2. Sofrimento/Adoecimento Psíquico. 3. Trajetórias Docentes. 4. Histórias de Adoecimento. 5. Subjetividades Docentes. I. Título.

CDD 301

SELMA GOMES DA SILVA

**TRAVESSIAS ENTRE A SALA DE AULA E O CONSULTÓRIO: TRAJETÓRIAS
DOCENTES, ADOECIMENTO E NARRATIVAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO DE
PROFESSORES.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Sociologia.
Área de concentração: Sociologia

Aprovado em: 24/03/2017

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Cristian Saraiva Paiva (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Mauro Guilherme Pinheiro Koury
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dr. Henrique Figueiredo Carneiro
Universidade Federal de Pernambuco (UPE)

Prof. Dr. Carlos Henrique Lopes Pinheiro
Universidade de Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Profa. Dra. Lea Carvalho Rodrigues
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dedico este estudo a Deus, autor da vida, fonte de inspiração e de força para o êxito deste nobre objetivo.

Aos meus pais, *in memoriam*, Manoel e Francisca, vivos eternamente através de seus ensinamentos, fundamentais na minha vida, por terem semeado e nutrido, em mim, o desejo e a motivação para a superação pessoal através dos estudos.

Ao meu companheiro e parceiro na partilha da vida, Augusto Cesar, pelo grande apoio, amor, presença afetiva e compreensão em minhas ausências durante o tempo dedicado a este estudo.

AGRADECIMENTOS

Esse estudo não é apenas fruto dos quatro anos de Doutorado, mas também reflete a minha formação anterior e a trajetória na condição de professora; nesse processo, foram muitas as pessoas e instituições que contribuíram direta ou indiretamente para que eu o concretizasse. Não seria possível mencionar todas aqui, mas quero deixar registrados meus agradecimentos a algumas, em especial:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo suporte financeiro e bolsa de estudos para a realização do Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior (PDSE).

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, professores, colegas e colaboradores, pelo aprendizado que me proporcionaram e pelo apoio enquanto aluna desse programa e ao Programa de Doutorado Interinstitucional (DINTER), que me propiciou a realização desse relevante investimento pessoal e acadêmico.

À coordenadora executiva do DINTER (UNIFAP), Profa. Dra. Eliane Superti, que, não obstante a intensidade de atividades, na função de Reitora desta IFES, conduziu esse Programa com empenho e dedicação início ao fim.

Ao meu querido orientador e coordenador pedagógico do DINTER (UFC), Prof. Dr. Antonio Cristian Saraiva Paiva, por sua dedicação, gentileza, paciência, confiança, incentivo e generosas orientações para a execução das diversas etapas desse estudo.

Aos professores e professoras do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), que se deslocaram até Macapá, durante a execução do Programa de Estudos, através do DINTER-UFC/UNIFAP, para doarem seus relevantes conhecimentos e imprescindíveis participações em minha formação acadêmica.

Aos membros da banca examinadora do Exame de Qualificação: Dr. João Bosco Feitosa dos Santos (UECE); Dr. Henrique Figueiredo Carneiro (UPE) e Dra. Lea Carvalho Rodrigues (UFC) por suas observações e valiosas sugestões.

Aos colegas professores e colaboradores do Colegiado de Pedagogia da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), pelo incentivo, apoio e torcida para o alcance deste objetivo.

À Profa. Dra. Casimira Grandi, professora do *Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell' Università degli Studi di Trento (UNITN)*, minha dedicada e competente orientadora durante o estágio doutoral em Trento-Itália.

Aos amigos e interlocutores italianos que conheci durante a minha experiência do PDSE, em Trento-Itália, pelo acolhimento a minha demanda de pesquisa e colaboração com suas valiosas informações. Um agradecimento especial aos queridos amigos Vincenzo Adorno (arquivista aposentado de Trento) e Emanuela Tartarotti, que me receberam em família, com sincera amizade e afeto durante o tempo fora do Brasil e distante do convívio familiar.

Aos colegas psicólogos e demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar da Casa do Professor, por terem atendido às minhas solicitações e fornecido dados que fazem parte deste estudo. Em especial, às psicólogas Elizamar Cavalcante e Raquel Benjamin Gomes, pela generosidade e disponibilidade, pessoas fundamentais para a aproximação ao sofrimento psíquico docente dos professores no Amapá e por terem mediado relações facilitadoras para a construção deste estudo.

Aos amigos professores e gestores do Sindicato dos Profissionais da Educação do Amapá (SINSEPEAP), especialmente a Maria Luiza Santos da Rocha, Garcia de Lima Júnior e Joel Lima da Silva, pela forma acolhedora com que fui recebida no início desta pesquisa, quando buscava as primeiras informações sobre o trabalho docente no Amapá; pelo suporte documental e abertura para participar das diversas reuniões, encontros, congressos e assembleias docentes promovidas por esse relevante sindicato.

À Profa. Dra. Elda Araújo (Secretária de Educação do Estado, durante o período de 2012 a 2014), por autorizações concedidas para a realização desta investigação; ao prof. Josué Baia, coordenador do Sistema Modelar de Ensino do Ensino Fundamental (SOME) e sua equipe técnica-pedagógica, pelo suporte no fornecimento de valiosas informações para construção deste estudo.

Aos meus interlocutores (todos os professores, professoras e demais informantes) pela confiança, generosidade e dádiva em dividir comigo suas trajetórias docentes, experiências e histórias de sofrimento e adoecimento, concedendo-me, assim, matéria-prima fundamental para a execução do estudo.

Às alunas do Curso de Licenciatura em Letras (UNIFAP), Ana Paula (bolsista do PIBIC) e Ivanize Prata por sua expressiva colaboração na etapa inicial da pesquisa.

À minha família, aos amigos e colegas que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esse estudo pudesse ser concluído.

“O mundo atual tende a tornar-se o do crescimento do desprezo, da generalização da desconsideração, do desrespeito, da recusa da diferença a que tem direito todo ser humano”. Eugene Enriquez (2006, p. 6).

RESUMO

Nesta Tese o objetivo é discutir possíveis relações e conexões de sentido entre trajetórias docentes e histórias de adoecimento psíquico vivenciado por professores e professoras que recorrem ao Núcleo de Atenção à Saúde do Professor - “Casa do Professor”, dispositivo vinculado à Secretaria de Educação do Estado do Amapá (SEED-AP). As questões fundamentais da Tese são: Quem são os professores que procuram a Casa do Professor e como esse aparelho de atenção psicossocial mobiliza suas ações para operar cuidados aos docentes “adoecidos”? Quais as possíveis conexões e “afinidades eletivas” entre suas trajetórias docentes e histórias de adoecimento? De que modo, as histórias de adoecimento e as narrativas dos docentes entrevistados revelam as ambivalências vivenciadas em suas trajetórias docentes? Quais e como as queixas são captadas pelo dispositivo médico, em torno da atenção psicossocial, e como essa “captura” repercute na trajetória docente? Quais as negociações feitas com os diagnósticos clínicos, como são incorporados pelos sujeitos e que tipo de agência essas classificações médicas trazem para os docentes? De que modo o tratamento psicossocial (in) viabiliza a “reinserção” no exercício da docência? Para dar conta de tal problematização, dialoga-se com autores da sociologia/antropologia da saúde e da doença e com autores que discutem trabalho e doença; precarização do trabalho docente; captura da subjetividade através dos modelos contemporâneos de gestão do trabalho e suas repercussões nos processos de subjetivação e do adoecimento do trabalhador e, mais especificamente, do profissional docente. Trata-se de uma abordagem qualitativa, com um dispositivo metodológico plural, no qual se lança mão de prontuários, documentos, observação, relatos e entrevistas em profundidade com professores, profissionais da Casa do Professor e gestores em educação. Como forma de aproximação do objeto investigado, inicialmente foi realizado um mapeamento a partir da consulta de prontuários clínicos, no intuito de obter informações sobre as subjetividades docentes, suas queixas e tipos de adoecimento mais recorrentes. Além da consulta aos prontuários clínicos, considerando-se a heterogeneidade dos sujeitos, foram entrevistados diferentes atores: docentes, “especialistas” da equipe multidisciplinar, coordenadores e gestores escolares para tentar compreender, através dos relatos, as percepções, os ritos e percursos, as formas de encaminhamento, tipos de adoecimentos (*pathos docente*), a relação entre tratamento médico-psicológico e a reinserção dos (as) professores(as) “adoecido(a)s” no exercício da docência. A partir da elaboração de dados foram identificadas distintas formas de adoecimento sob múltiplas classificações médicas. Para facilitar o entendimento, os tipos de sofrimento e adoecimento, mais recorrentes encontrados foram assim classificados: adoecimentos relacionados ao *corpo* (fibromialgia e outras doenças); ao *pensamento* (transtornos psicóticos, esquizofrenia); ao *humor* (depressão, ansiedade e pânico); à *dependência* química (álcool e outras drogas) e aos conflitos de *relação* (trabalho, escola e família). Além dessas formas de adoecimento são mencionadas, nas narrativas e nas histórias de adoecimento apresentadas e discutidas no corpo do estudo, outras modalidades de sofrimento psíquico: condições de trabalho precárias, rebaixamento da imagem social do docente, relações desgastadas com a gestão, percepções da doença do professor, falta de reconhecimento, contradições entre exigências profissionais e realidade de trabalho, sentimentos de frustrações entre a idealização do trabalho docente e suas reais condições de realização. Esse conjunto de fatores citados nos relatos docentes, imbricados nas vivências sociais, subjetivas e familiares aparecem como prováveis dimensões desencadeantes de sofrimento e de adoecimento para os docentes investigados.

Palavras-Chave: Trabalho docente. Sofrimento/adoecimento psíquico. Trajetórias docentes. Histórias de adoecimento. Subjetividades docentes.

ABSTRAIT

Dans cette thèse, l'objectif est de discuter des relations et des connexions de sens entre trajectoires éducatives et des histoires de maladie mentale expérimenté par les professeurs et les institutrices qui utilisent le 'Centre d'Attention à la Santé des Professeurs' - "Accueil de l'enseignant", qui est un dispositifs attaché à la secrétaire d'Etat à l'éducation Amapá (SEED-AP). Les principaux enjeux de la thèse sont: Qui sont les professeurs qui cherchent la maison de le professeur et comme une telle unité de prise en charge psychosociale mobilise ses actions à opérer des soins pour les enseignants "écœuré"? Quelles sont les connexions possibles et "Affinités Électives" entre leurs trajectoires enseignants et des l'histoire écœurante? Comment les histoires de la maladie et les récits des enseignants interrogés révèlent l'ambivalence expérimentés dans leur carrière? Quoi et comment les plaintes sont entendues par le dispositif médical, autour de la prise en charge psychosociale, et comme cette "capture" affecte la trajectoire de l'enseignement? Quelles sont les négociations faites avec le diagnostic clinique, qui sont intégrés par sujet et type d'agence ces classifications médicales apportent aux enseignants? Comment le traitement psychosocial (in) permet à la "reintégration" dans la profession enseignante? Pour donner compte de cette problématisation, si le dialogue avec les auteurs de la sociologie / anthropologie de la santé et de la maladie et avec les auteurs qui discutent le travail et la maladie; précarisation de la profession enseignante; capture de la subjectivité par la direction de modèles contemporain de la gestion de travail et son impact sur les processus subjectifs et la maladie des travailleurs et, plus spécifiquement, la profession enseignante. En plus de consulter les dossiers cliniques, compte tenu de l'hétérogénéité du sujet, Ils étaient interrogés différents acteurs: enseignants, des "spécialistes" de l'équipe multidisciplinaire, coordinateurs et les gestionnaires de l'éducation. Comme une approximation de l'objet étudié, par le biais de rapports, de perceptions, les rites et les routes, le mode de transport, les types de maladies (pathos enseignement), la relation entre le traitement médical et psychologique et la réinsertion des (comme) les enseignants (comme) "(a) s malade" dans la profession enseignante. À partir de la préparation des données ont été identifiées différentes formes de la maladie dans de multiples classifications médicales. Pour faciliter la compréhension, les types de souffrance et de la maladie, la plus fréquente trouvée ont été classés comme suit: les maladies liées à l'organisme (la fibromyalgie et d'autres maladies); la pensée (troubles psychotiques, la schizophrénie); l'humeur (dépression, anxiété et de panique); la dépendance (alcool et autres drogues) et les conflits relationnels (travail, école et famille). En plus de ces formes de maladie sont mentionnés, dans le récit et les histoires écoeurantes présentées et discutées dans le corps de l'étude, d'autres formes de détresse psychologique: mauvaises conditions de travail, abaissement de l'enseignement social de l'image, relations effilochés avec la direction, les perceptions de la maladie enseignant, manque de reconnaissance, les contradictions entre les exigences professionnelles et la réalité du travail, des sentiments de frustration entre l'idéalisation de l'enseignement et les conditions réelles de réalisation. Cet ensemble de facteurs mentionnés dans les rapports du corps professoral, imbriqué dans les expériences sociales, subjectives et familiales apparaissent dimensions susceptibles de déclenchement de la souffrance et de la maladie pour les enseignants étudiés. Cet ensemble de facteurs mentionnés dans les rapports du corps d'enseignant, imbriqué dans les expériences sociales, subjectives et familiales apparaissent comme susceptibles de déclenchement des dimensions de la souffrance et de la maladie pour les enseignants étudiés.

Mots-clés: Enseigner travail. Souffrance/maladie mentale. Trajectoires enseignants. Histoires maladies. Subjectivités enseignants.

LISTA DE SIGLAS

AMPREV – Amapá Previdência
APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAAH – O Centro de Atividades em Altas Habilidades
CAMUF – Centro de Atendimento à Mulher e à Família
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial e outras Drogas
CID-10 – Código Internacional de Doenças
CPVPEB – Conselho Permanente de Valorização do Profissional da Educação Básica
CRAM – Centro Especializado de Atendimento à Mulher
CREAS – Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRH – Coordenadoria de Recursos Humanos
CRTN – Centro de Referência e Tratamento Natural
DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EJA – Educação de Jovens e Adultos
GEA – Governo do Estado do Amapá
HCAL – Hospital das Clínicas Alberto Lima
ICOME – Indústria e Comércio de Minérios S.A.
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
JMPE – Junta Médica Pericial do Estado
LIED – Laboratório de Informática nas Escolas
OMS – Organização Mundial da Saúde
PDSE – Programa de Doutorado Sanduiche no Exterior
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial do Amapá
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SAPS – Serviço de Apoio Psicossocial
SEED – Secretaria do Estado de Educação
SEMAST - Secretaria Municipal de Assistência Social e Trabalho
SOME – Sistema de Ensino Modular
SOMEI – Sistema Modular de Educação Indígena
SINSEPEAP – Sindicato dos Profissionais de Educação do Estado do Amapá.
UNIFAP – Universidade Federal do Amapá
UNITN – Università degli Studi di Trento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa conceitual referente aos eixos analíticos da Tese.....	34
Figura 2 – A Rede de Atenção à Saúde Mental na concepção do MS	129
Figura 3 - Local de funcionamento do Psicossocial (2007 a dezembro de 2013)	147
Figura 4 - Sala de recepção do Psicossocial/SEED-AP	148
Figura 5 - Salas de atendimento: psicológico e social.....	149
Figura 6 - O governador expõe o Decreto, após sua assinatura.	155
Figura 7- Ato simbólico de entrega da Casa do Professor à sociedade	156
Figura 8 - Festa da inauguração da Casa	157
Figura 9 - Festa da inauguração da Casa	157
Figura 10 - Festa da inauguração da Casa	158
Figura 11 - Equipe Multidisciplinar da Casa do Professor	158
Figura 12 - Sala de recepção.....	159
Figura 13 - Salas de espera: térreo e piso térreo.....	159
Figura 14 - Hall de acesso ao primeiro piso	160
Figura 15 - Salas de atendimento	160
Figura 16 - Auditório	161
Figura 17 - Manifestação de familiares após a contenção da docente.....	165
Figura 18 - Mapa Político Administrativo do Amapá.....	321
Figura 19 - Encontro geral do Modular (SOME) – professores	330
Figura 20 - Carregamento de alimentos	362
Figura 21 - Alojamento para descanso	363
Figura 22 -Estradas no período de chuva	363
Figura 23 – Escola Filadélfia.....	365
Figura 24 - Escola Livramento	365
Figura 25- Infraestrutura das salas de aula	366
Figura 26 - Móvel da sala de aula	367
Figura 27 - Departamento de Sociologia da Universidade de Trento (UNITN)	408
Figura 28 - Amapá (Brasil).....	421
Figura 29 -Trento (Itália).	409
Figura 30 - Ilha de San Servolo (Veneza-Itália).	411
Figura 31 – Cuidado da higiene de interno.....	414

Figura 32 - Liceo Cientifico Leonardo da Vinci di Trento	423
Figura 33 - Ambiente interno da escola.....	423
Figura 34 - Parte central da cidade de Bolgo Valsugana.	424
Figura 35 - Istituto di Istruzione “Alcides Degaspari”	425

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Articulações da Rede de Atenção Psicossocial	127
Quadro 2 - Tipos de estabelecimentos por Gestão Municipal e Estadual/2012.	131
Quadro 3 - Cobertura por serviços sócios assistenciais.....	131
Quadro 4 - CAPS no estado do Amapá/2016.	132
Quadro 5 - Número de pacientes atendidos no CAPS AD,	132
Quadro 6 - Número de usuários do CAPS AD, por tipo de.....	133
Quadro 7 - Usuários com transtornos mentais acompanhados no CAPS-AD,.....	134
Quadro 8 - Pacientes com transtornos decorrentes da.....	134
Quadro 9 - Número de internações registradas em 2012 no Hospital de Clínicas Dr. Alberto	136
Quadro 10 - Transtornos mentais mais prevalentes.....	138
Quadro 11 - Demonstrativo geral dos atendimentos	176
Quadro 12 - Mapa de circuitos administrativos e clínicos durante o tratamento	187
Quadro 13 - Número geral de atendimentos realizados	194
Quadro 14 - Diagnósticos por expressões do sofrimento psíquico	210

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estudos publicados sobre saúde de docentes (2000-2007)	25
Gráfico 2 - Pacientes atendidos no ambulatório de psiquiatria nos últimos 11 meses por sexo.....	137
Gráfico 3 - Pacientes atendidos nos últimos 11 meses por faixa-etária.	137
Gráfico 4 - Presença feminina na Educação Básica	192
Gráfico 5 - Regime jurídico.....	195

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipo de substância usada pelos	134
Tabela 2 - Ações realizadas pelo SAPS (2005 a 2013).....	150
Tabela 3 - Escolas de educação básica no estado do Amapá.....	189
Tabela 4 - Matrículas de educação básica, por etapas e por ano.	190
Tabela 5 - Docentes da educação básica no Estado do Amapá.	190
Tabela 6 - Professores da educação básica por sexo no estado	191
Tabela 7 - Atendimentos de docentes de 2009 a 2014.....	195
Tabela 8 - Sexo	196
Tabela 9 - Idade	196
Tabela 10 - Situação Conjugal	197
Tabela 11 - Municípios de residência	197
Tabela 12 - Tipos de encaminhamentos.....	198
Tabela 13- Modalidades de ensino	200
Tabela 14 - Níveis de ensino.....	201
Tabela 15 - Idade no primeiro atendimento	202
Tabela 16 - Tempo de docência no primeiro atendimento.....	203
Tabela 17 - Idade no primeiro atendimento x sexo	204
Tabela 18 - Relação Idade no primeiro atendimento x sexo x tempo de docência no primeiro atendimento	205
Tabela 19 - Relação idade x sexo x tempo de docência	207
Tabela 20 - Transtornos mais expressivos	208
Tabela 21 - Número de diagnósticos por professor	210
Tabela 22 - Relação transtornos x sexo	211
Tabela 23 - Transtornos x idade.....	213
Tabela 24 - Relação transtornos x tempo de docência.....	215
Tabela 25 - Tipos de queixas clínicas mais frequentes	223
Tabela 26 - Comparação das queixas por sexo.....	224

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: ITINERÁRIOS PESSOAIS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	21
1.1 A descoberta e aproximações do objeto.....	21
1.2 Rumo a uma compreensão sociológica do mal-estar no mundo do trabalho docente	24
1.2.1 <i>Os reflexos do neoliberalismo na educação e os impactos das políticas educacionais oficiais no trabalho docente</i>	28
1.3 Questões de investigação.....	31
1.4 Objetivos da pesquisa	32
1.5 Eixos analíticos	33
1.6 A complexidade do objeto: uma abordagem inter e multidisciplinar	36
1.7 Desenho metodológico da pesquisa.....	39
1.7.1 <i>A busca das histórias a partir da leitura e análises de prontuários clínicos</i>	41
1.7.2 <i>As entrevistas: narrativas, trajetórias de docência e histórias de adoecimento</i>	44
1.7.3 <i>“Meu lugar”, na condição de pesquisadora: dificuldades exploradas</i>	46
1.7.4 <i>Organização dos capítulos da Tese e respectivos objetivos</i>	48
PRIMEIRA PARTE: POR UMA ANALÍTICA DA RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE.....	54
2 O MAL-ESTAR NO TRABALHO E AS SUBJETIVIDADES DOCENTES.....	55
2.1 Trabalho e produção de subjetividades no mundo contemporâneo	56
2.2 Conexões entre trabalho, sofrimento e adoecimento psíquico — “novos” processos de subjetivações e captura das subjetividades	59
2.2.1 <i>Atributos e distintivos do trabalho docente e suas relações com o adoecimento psíquico</i>	72
2.2.1.1 <i>Anomia, trabalho docente e saúde mental</i>	72
2.2.1.2 <i>O trabalho docente ultrapassa os tempos formais: “Trabalho fora do trabalho”</i>	75
2.2.1.3 <i>Ensinar é lidar com um “objeto humano”: requer competências cognitivas e afetação emocional</i>	77
2.2.1.4 <i>Demandas e exigências ao profissional docente no contexto contemporâneo</i>	79
2.2.1.5 <i>A escola como cenário do trabalho docente e lugar de ações da “microfísica do poder”</i>	82
3 A SAÚDE, DOENÇA MENTAL E FORMAS DE CUIDADOS: PARA SITUAR A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	87
3.1 O conceito de saúde e doença mental: perspectivas sócio antropológicas.....	88
3.2 Elementos históricos da doença mental, percepções e práticas de cuidados.....	101
3.2.1 <i>“Os loucos sempre existiram”: percepções, nomeações e cuidados nas diferentes épocas</i>	102
3.2.2 <i>O nascimento da Psiquiatria: a centralidade do saber-poder médico-psiquiátrico e suas práticas de tratamento do sofrimento psíquico</i>	110
3.2.3 <i>A centralidade na tradução do poder da psiquiatria</i>	115
3.2.4 <i>A crítica institucional (a antipsiquiatria) e mudanças de paradigmas nos cuidados de saúde mental</i>	116

3.2.5 A desospitalização através da psiquiatria democrática italiana: breves aportes históricos	119
3.3 Saúde mental e atenção psicossocial: dispositivos médico-psicológicos	124
3.3.1 A Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Amapá (RAPS-AP).....	125
3.3.2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seu funcionamento no Estado do Amapá	127
3.3.3 Instalações da Rede de Saúde no estado do Amapá	130
1.3.4 CAPS existentes no estado do Amapá por modalidade de atendimento	131
SEGUNDA PARTE: A INSTITUIÇÃO, A DOENÇA E O PROFESSOR.....	141
4 DA SALA DE AULA PARA O CONSULTÓRIO: A CASA DO PROFESSOR	142
4.1 O Serviço de Apoio Psicossocial (SAPS): memória e objetivos	143
4.1.1 Elementos históricos e funcionamento do Psicossocial da SEED	143
4.1.2 atendimentos realizados durante o funcionamento do Psicossocial (SAPS)	149
4.2 O contexto de investigação: a Casa do Professor: história, rotinas, fazeres, ritos e terapias	151
4.2.1 Arrumando a Casa.....	152
4.2.2 A festa de inauguração: o ritual político de passagem do Psicossocial (SAPS) para Casa do Professor	154
4.2.3 Tentativa de crime na Casa do Professor	162
4.2.4 Visibilidade social da “Casa do Professor”	164
4.3 Rituais de encaminhamento: a “rede”, percursos e circuitos relacionados ao tratamento	166
4.3.1 A ida para a Casa do Professor: como os docentes chegam à Casa e circulam na “rede”	166
4.3.2 O “controle” sobre o professor em tratamento: o biopoder disfarçado em formas de cuidados?	172
4.3.3 Política de atendimento: a “captura” para o tratamento	175
4.3.4 Tipos de queixas clínicas	177
4.3.5 Afastamento da sala de aula.....	178
4.3.6 Mecanismos de controle da SEED frente aos afastamentos laborais dos docentes	184
5 QUEM SÃO OS PROFESSORES DO PSICOSSOAL? ANALISANDO PRONTUÁRIOS, QUEIXAS E DIAGNÓSTICOS.....	188
5.1 Mapeamento de dados: perfil, manifestações e formas de sofrimento e adoecimento psíquico dos docentes	189
5.1.1 Quantitativo de escolas, docentes e matrículas no Amapá por dependência administrativa e ano.	189
5.1.2 Mapeamento de dados referentes à consulta dos prontuários clínicos: de quê e por quê padecem as subjetividades docentes?	193
5.1.2.1 atendimentos e acompanhamentos realizados no período de 2009 a 2014	194
5.1.2.2 Cruzamentos de variáveis: a linguagem dos dados quantitativos como expressividade do pathos docente.	203
5.2 Queixas de mal-estar psíquico: registros assinalados no corpo e na alma dos professores que se inscrevem para além dos prontuários clínicos	216
5.2.1 Trabalho e adoecimento mental de docentes no Amapá	216
5.2.2 Relatos e queixas sobre as condições do trabalho docente em Macapá	217

5.2.3	<i>O corpo como cenário da expressão do sofrimento e do adoecimento psíquico</i>	220
5.2.4	<i>Relatos e expressões das queixas clínicas: sintomas e sinais do adoecimento</i>	221
TERCEIRA PARTE: O PATHOS DOCENTE EM NARRATIVAS		234
6 O PATHOS DOCENTE NAS HISTÓRIAS EM NARRATIVAS: AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE, SUBJETIVIDADES DOCENTES E ESCOLA		235
6.1	Rastreamento dos vínculos entre trabalho docente e adoecimento psíquico	235
6.2	As narrativas biográficas e a dimensão pática dos docentes	241
6.3	As trajetórias, histórias de adoecimento e a revelação do pathos docente	243
6.3.1	<i>História de Juliana: “vinte e dois anos perdidos” – frustração com a profissão docente e rejeição ao caos.</i>	244
6.3.2	<i>História de Emanuela “você luta, luta e não consegue”: precarização das condições estruturais do trabalho do centro.</i>	253
6.3.4	<i>Trajectoria de Gabriel: “Porque educação é isso: nós temos que energia: mas eu perdi o meu brilho”.</i>	272
6.3.5	<i>Trajectoria de Lurdes: “Só que aí, eu cansei, a fonte secou” – história de cansaço de fazer e de poder.</i>	281
6.3.6	<i>Trajectoria de Mariana: “se você quer se afastar, traga o atestado” – a (des)legitimação do mal-estar docente.</i>	287
6.3.7	<i>Trajectoria de Amadeus: “Eu ajudei bastante e em troca recebi ingratidão!”</i>	300
6.3.8	<i>Trajectoria história de Marina: o fantasma da perda de si – a destituição da identidade docente</i>	307
7 “GUERREIROS” E “DESBRAVADORES”: OS PROFESSORES DO MODULAR		316
7.1	Sorteio e pesquisa: primeiro encontro com docentes do Modular (SOME)	316
7.1.1	<i>Um pouco de história do Modular</i>	319
7.1.2	<i>Quem são esses guerreiros e desbravadores?</i>	323
7.1.3	<i>O sorteio: momento fundamental do SOME</i>	324
7.1.3.1	<i>Logística e montagem do sorteio: “um trabalho exaustivo”</i>	325
7.1.3.2	<i>Na “angústia do sorteio”</i>	328
7.2.	<i>Trajéticas docentes e “históricas clínicas”</i>	332
7.2.1	<i>História de Roberto: “A nossa indignação é uma mosca sem asas”</i>	332
7.2.2	<i>História de Isabella: “Uma frustração que adoce”</i>	349
7.3	Professores do Modular: subjetividades “sofridas” e “felizes” - a ambiguidade no <i>metier</i> docente	354
7.3.1	<i>Condições de trabalho e falta de estrutura: “eu vejo que a gente mata um leão todos os dias”</i>	355
7.3.2	<i>Outras queixas específicas associadas ao trabalho docente no modular</i>	360
7.3.3	<i>A vida escolar acontece conforme a maré: a maré define os horários das aulas</i>	366
7.3.4	<i>Algumas frustrações dos docentes do SOME</i>	367
8 COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO NAS TRAJETÓRIAS DOCENTES: PERCEPÇÕES, APROPRIAÇÕES E DILEMAS		373
8.1	Compreendendo a realidade do trabalho e o <i>pathos</i> docente	375
8.1.1	<i>Percepções sobre a docência</i>	375

8.1.2 Queixas relacionadas à docência	377
8.1.3. Conflitos e queixas associadas à gestão	383
8.1.4 A perda do sentido de ser professor: “Quando ele desbota, perde o encanto pela profissão”	387
8.1.5 O poder do diagnóstico na legitimação do adoecimento	391
8.1.6 As tentativas de reinserção na sala de aula	393
8.1.7 Percepções do adoecimento e relações intersubjetivas (gestão, colegas e alunos)	395
8.1.8 O adoecimento docente na percepção da gestão escolar e devolução do professor.....	398
8.1.9 Estigmatização: o professor doente, os “normais” e a “carreira moral”	402
8.1.10 Endividamento dos professores: finanças e adoecimento	404
9 DOENÇA MENTAL E TRABALHO DOCENTE PRECÁRIO: RELATOS E REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA ITALIANA - UM OLHAR APROXIMATIVO-COMPARATIVO	408
9.1 Relato de experiência de pesquisa em Trento-Itália.....	409
9. 2 Breves considerações sobre a educação na Itália	415
9.2.1. O trabalho docente na Itália.....	416
9.2.2 Histórias e relatos docentes	418
9. 3 Visitas a escolas italianas	422
9. 3. 1 Trabalho docente: aspectos aproximativos e comparativos: Trento (Itália) e Amapá (Brasil).....	425
9.3.2 Distâncias e dissonâncias	426
9.3.3 Aproximações interculturais do trabalho docente	428
9.4 O Trabalho docente e adoecimento psíquico: Amapá e Trento	431
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	433
REFERÊNCIAS	445
ANEXO 1 – CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	485
ANEXO 2 - REQUERIMENTO COM A ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO AMAPÁ.....	486
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	487
APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA (DOCENTES).....	488
APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA (TÉCNICOS).....	489

1 INTRODUÇÃO: ITINERÁRIOS PESSOAIS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

“O bom artesão entende a importância do esboço” (SENNETT, 2008).

“O pesquisador vai ao campo consciente de sua ignorância e, como faria qualquer etnólogo, ele se dirige às pessoas que aí exercem suas atividades e aí vivem para saber ‘como funciona’” (BERTAUX, 2010, p. 29).

Esta Tese de doutoramento, situada no campo da Sociologia, constitui-se em um conjunto de esforços para discutir trabalho docente, sofrimento e adoecimento psíquico, com base em trajetórias, narrativas e histórias de adoecimento de professores pertencentes à rede de ensino público estadual¹, e que estão em acompanhamento no dispositivo de atenção psicossocial - Núcleo de Atenção à Saúde do Professor - “Casa do Professor”, criado pela Secretaria de Educação do Estado (SEED-AP).

Para tentar dar conta dessa temática, diálogo com autores da sociologia/antropologia da saúde e da doença e de diferentes áreas do conhecimento que discutem trabalho e doença; precarização do trabalho docente; captura da subjetividade através dos modelos contemporâneos de gestão do trabalho e suas repercussões nas subjetividades dos trabalhadores, e, mais especificamente, do profissional docente.

1.1 A descoberta e aproximações do objeto

A opção de estudar essa temática, como objeto de investigação, deve-se, inicialmente, à minha trajetória profissional na área de educação, na condição de psicóloga escolar e professora, atuando ao longo de anos, no contexto educacional, em Macapá. Além da experiência na função de psicóloga educacional, as motivações pessoais foram alimentadas, principalmente, por vivências no exercício da minha carreira docente, no âmbito de

¹Para situar o objeto de investigação, torna-se oportuno contextualizar, brevemente, o cenário em que foi desenvolvida a pesquisa: o estado do Amapá. O Amapá é um estado relativamente jovem, foi criado em 1988 por Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) como preconiza a Constituição Brasileira. Nesse ano, no contexto socio-histórico e político, o Amapá perdeu seu status de Território Federal e tornou-se um membro da Federação, como as demais unidades federadas do país. Atualmente, possui 16 municípios, 669.526 habitantes (IBGE, 2010) e localiza-se na região Norte, fazendo fronteiras internacionais com Suriname e Guayana, assumindo, assim, uma posição geográfica estratégica do ponto de vista das relações internacionais e econômicas. Sua população concentra-se, principalmente, em Macapá e Santana, respectivamente com 398.204 e 101.262 habitantes (IBGE, 2010). No campo educacional, o Amapá possui 835 estabelecimentos de ensino de educação básica, públicos e privados, com 228.833 alunos matriculados, conforme informações disponíveis no Portal do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2014). Para atender as escolas públicas estaduais, o estado do Amapá conta com um quadro de 10.517 professores, de acordo com dados fornecidos, em fevereiro de 2015, pelo Departamento Pessoal da Secretaria de Educação do Estado do Amapá (DP/SEED-AP).

instituições de ensino públicas e privadas, em cursos de graduação e pós-graduação. Nesse contexto, convivi com uma diversidade de alunos, entre os quais, grande parte representada por professores e professoras, atuantes na rede pública estadual. O contato com esses alunos, já docentes, ocorreu, principalmente, nos cursos de especialização *lato sensu* que realizavam, visando investir na formação pessoal e conseguir promoção profissional em suas carreiras docentes.

A partir desses encontros didático-pedagógicos, em sala de aula, ocorreram significativas socializações de experiências e de vivências relacionadas ao trabalho docente. Esses docentes - “alunos”, portavam um expressivo currículo profissional, enriquecido por vastas experiências no campo escolar e significados subjetivos relacionados ao trabalho docente. Eles pareciam “viver na pele” o ser professor em situações adversas, conforme seus relatos de vivências durante as aulas.

As principais dificuldades relatadas relacionavam-se às condições de trabalho, em especial nas escolas no interior do estado do Amapá, e se traduziam em queixas explícitas de sofrimento e densas de significado, atreladas aos fatos do cotidiano escolar em suas diversas áreas.

Os relatos sobre a realidade escolar e o trabalho docente compartilhados de maneira mais recorrente associavam-se aos comportamentos ditos “indisciplinados” dos alunos; dificuldades de ensino e aprendizagem; condições precárias de trabalho; falta de reconhecimento; insuficiência de recursos didáticos e financeiros; ausência de apoio estrutural e político de departamentos administrativos e de alguns gestores administrativos e escolares, entre outros. Em suas narrativas, também era visível o descontentamento, por parte de alguns, com as condições estruturais dos estabelecimentos de ensino onde atuavam e a excessiva cobrança administrativa e pedagógica para a realização das práticas desejadas e objetivadas pelos gestores e técnicos educacionais.

Na condição de professora da disciplina Psicologia da Educação, era-me habitual, no transcorrer das aulas, suscitar e animar debates sobre problemáticas inerentes ao cotidiano desses trabalhadores docentes. Entre as diversas temáticas e problemáticas discutidas evidenciavam-se, também, as relacionadas ao sofrimento e ao adoecimento psíquico dos docentes. Quase sempre, essas questões eram abordadas pelos “alunos-professores” de maneira discreta e indireta. Na maioria das vezes, se traduziam em simples curiosidades sobre os transtornos mentais, suas caracterizações, manifestações, sintomas, comportamentos decorrentes e até relatos de casos de parentes, amigos, entre outros afins.

Desse modo, o interesse dos alunos-docentes em indagar sobre as doenças mentais e suas manifestações, com perguntas claras e/ou veladas, tornou-se, no percurso da minha experiência docente, objeto de atenção no sentido de entender as possíveis motivações subjacentes aos interesses desses professores sobre a doença mental, como possível objeto de estudo.

Posteriormente, no decorrer do processo de aproximação e convivência com a realidade educacional em Macapá, no que se refere à saúde psíquica do profissional docente, tomei conhecimento que a Secretaria de Educação do Estado (SEED-AP) havia instalado um dispositivo para dar suporte psicossocial aos docentes que revelavam sinais de sofrimento e adoecimento mental.

O interesse em conhecer o fenômeno do sofrimento e adoecimento mental dos professores permaneceu latente até a ocasião da construção do pré-projeto de pesquisa para participar no processo seletivo do Programa de Pós-Graduação em Sociologia para o Doutorado Interinstitucional (DINTER) ofertado pela Universidade Federal do Ceará (UFC) em parceria com a Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Naquele momento, instigada pelo professor da disciplina Oficina de Projeto, recorri ao fenômeno adoecimento psíquico dos docentes para transformá-lo em provável objeto de investigação, assim, acionei a minha vontade implícita e a transformei no meu pré-projeto de pesquisa.

Dessa forma, além do interesse na pesquisa proposta, a intenção de realizar o doutorado decorreu da conjugação de diferentes fatores, dentre os quais destaco a necessidade e o anseio pessoal e acadêmico de buscar o aprofundamento e a qualificação necessários para responder de forma mais satisfatória às demandas que vêm sendo apresentadas na carreira profissional.

Ao elaborar o pré-projeto de investigação realizei uma breve, porém significativa, pesquisa exploratória sobre o fenômeno em destaque, para obter informações sobre a questão do adoecimento psíquico dos docentes do estado do Amapá. Com esse fim, visitei o *locus* onde se desenvolvia o atendimento psicossocial dos docentes, à época denominado Serviço de Apoio Psicossocial (SAPS), porém, conhecido como o “Psicossocial da SEED”.

A partir desse estudo preliminar observei o expressivo número de docentes em acompanhamento, com uma variação de queixas, entre as quais se destacavam: relatos de conflitos familiares; questões relacionadas ao espaço escolar e relações de trabalho; dependência química; suicídios e tentativas, e também outras formas de adoecimento que envolviam distintos tipos de transtornos psicológicos (esquizofrenia, depressão, síndrome do

pânico, estresse, variadas formas de ansiedade e outros), considerados leves, moderados e graves, conforme os sistemas de classificação de transtornos mentais e comportamentos: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10)² e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)³.

O meu interesse por essa temática tornou-se mais contundente à medida que tomei consciência do número de professores e professoras em tratamento a partir do contato com profissionais atuantes no estabelecimento clínico (SAPS) e do empreendimento da pesquisa documental, pela consulta aos prontuários clínicos dos docentes atendidos.

1.2 Rumo a uma compreensão sociológica do mal-estar no mundo do trabalho docente

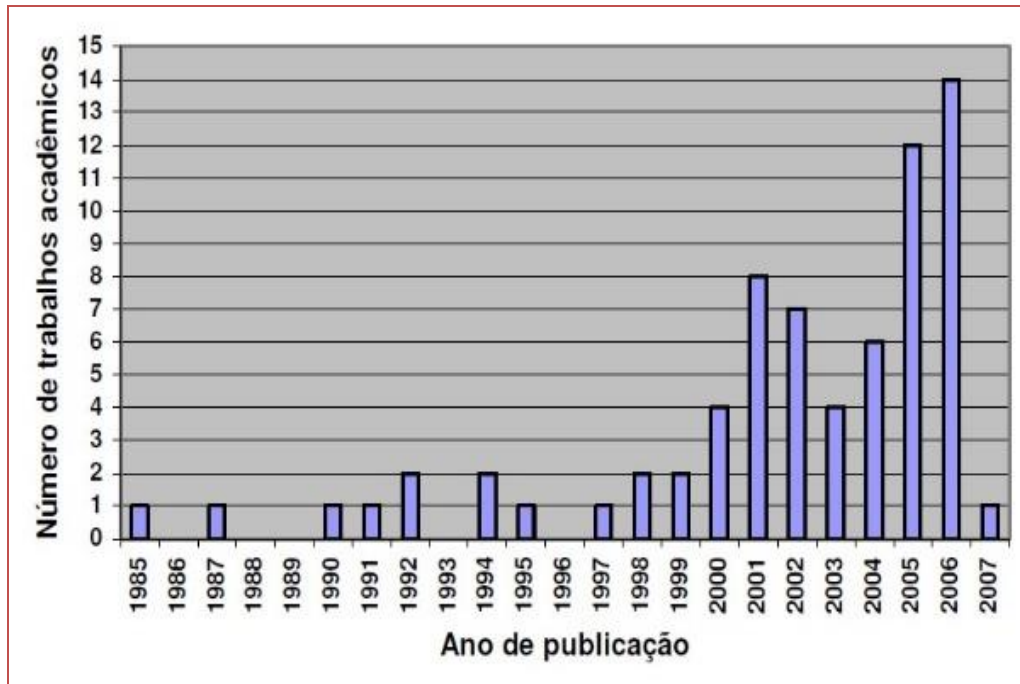
Em paralelo à pesquisa inicial busquei aproximações com o adoecimento docente mediante leituras de teóricos e abordagens afins, que discutem o trabalho e suas relações com o adoecimento mental. O objetivo era o de não somente me acercar do fenômeno do adoecimento psíquico de docentes, mas tentar um mergulho nos autores das Ciências Sociais, no esforço de apreender o processo de adoecimento mental sob a perspectiva socio-antropológica. Realizei, assim, uma busca bibliográfica e revisão de literatura de pesquisas sobre a saúde e doença mental do trabalhador docente.

Observei que estudos desenvolvidos nesse âmbito têm se revelado campos de interesse em evolução, não somente na área da Saúde em si, também no campo das Ciências Sociais. Atualmente, aparece como um espaço bastante fértil na área da investigação científica. Dissertações e Teses nessa área evidenciam-se e se multiplicam. Freitas e Cruz (2008) realizaram uma revisão de literatura que confirma o aumento de interesse nesse campo de pesquisa. Os estudos empreendidos por esses pesquisadores mostram o crescimento de pesquisas, nesse sentido, a partir dos anos 2000 como consta no gráfico a seguir:

²A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, designada pela sigla CID (em inglês: *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD*), é uma publicação oficial da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de padronizar a codificação de doenças. Fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para as doenças.

³ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) foi publicado pela primeira vez em 1952 pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Depois vieram várias versões com adaptações justificadas, a exemplo o DSM-II, publicado em 1968; o DSM-III em 1980; em 1987 o DSM-III-R; o DSM-IV em 1994 e uma revisão do DSM-IV, conhecida como DSM-IV-TR, que foi publicada em 2000 e, mais recentemente, a sua última versão, o DSM-V publicada em 2014.

Gráfico 1 - Estudos publicados sobre saúde de docentes (2000-2007)



Fonte: Freitas e Cruz (2008, p.3).

No Brasil, a busca crescente pelo estudo da relação entre trabalho e saúde mental vem se inscrevendo como importante campo de pesquisa nas áreas da Sociologia e da Antropologia da Saúde, como anunciam Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003, p.16):

a incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre a relação trabalho-saúde adquiriu um novo enfoque, a partir da década de 1970, em decorrência do entendimento do processo saúde-doença introduzido pela Medicina Social Latino-Americana.

Canesqui⁴ (2011) também realizou uma revisão sobre a produção científica das Ciências Sociais e Humanas em saúde, publicada em periódicos de sete revistas da área de Saúde Coletiva/Saúde Pública no Brasil, no período de 1997 a 2007, registrada na base eletrônica de dados *SciElo*. Segundo a autora,

[...] dos 1926 artigos e resenhas de livros identificados, 489 foram selecionados por autorreferir à pesquisa qualitativa e no campo da Saúde e Doença somaram 18,5% dos textos envolvendo a historicidade das enfermidades transmissíveis e das doenças

⁴Ana Maria Canesqui, graduada em Serviço Social (Pontifícia Universidade Católica de Campinas) e doutora em Ciências Médicas (Universidade Estadual de Campinas). Autora do livro *Ciências Sociais e Saúde no Brasil*. Possui uma trajetória como docente-pesquisadora em universidades nacionais e internacionais, com ênfase em pesquisas e publicações na área da Saúde Coletiva brasileira e nas Ciências Sociais e Saúde. Autora do livro *Ciências Sociais e Saúde no Brasil* (SILVA; FERREIRA, 2013). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600036>. Acesso em 12 de nov. 2014.

mentais. Esses estudos fundamentaram-se da interlocução da história com a antropologia na perspectiva da história cultural e das mentalidades, dos estudos comparativos e sociológicos, usando a multiplicidade de fontes de informação, incluindo a história oral (CANESQUI, 2011, p.18).

Outras revisões de literatura confirmam o aumento de pesquisas na área de trabalho e saúde mental (GONTIJO et al. 2013). Entre as teses de doutorado, constam: (LEMOS. 2005; SILVA. 2007; BARRETO, 2007; TOSTA, 2008) e dissertações de mestradados: (BASTOS, 2009; GRANDE, 2009; CAMARGO, 2012; FERNANDES, 2010). Entretanto, na opinião de Pinto (2011), na Amazônia, as pesquisas na área de trabalho e adoecimento mental estão bastante embrionárias.

Levantamentos bibliográficos recentes confirmam esse dado, podendo-se citar Mundim (2012)⁵. Este autor evidencia que poucos estudos foram realizados, na região norte do Brasil, sobre saúde trabalho docente e adoecimento. No entanto, constatei que, mais recentemente, e especificamente sobre a precarização do trabalho docente do ensino superior, duas teses foram desenvolvidas na Universidade Federal do Pará (UFPA): Guimarães (2014), Junior (2014).

Dessa forma, observei que, no Brasil, as investigações acerca do processo saúde e adoecimento psíquico do trabalhador docente têm crescido, sobretudo a partir dos anos 1990. Anos das reformas educacionais no país, nas esferas federal, estadual e municipal, com o objetivo de atender as demandas para ampliar o atendimento educacional, instalando-se, assim, como consequências dessas exigências, os processos de intensificação e precarização do trabalho docente (OLIVEIRA, 2004; ASSUNÇÃO, OLIVEIRA, 2009; ALVES, 2013).

As mudanças em variados aspectos do contexto brasileiro, na década de 1990, indicam relação com a passagem do Brasil de um Estado desenvolvimentista⁶ para a adoção do Neoliberalismo (SALLUM, 2000; DOURADO, 2002; MACIEL, 2011). Maciel (2011) considera que mesmo com a presença de medidas e de determinadas políticas de evidência neoliberal já nos governos Figueiredo (1979-1985) e Sarney (1985-1990), a implantação do projeto neoliberal, no Brasil, como “elemento condutor da ação governamental em todas as

⁵Revisão de literatura realizada nos bancos de dados das publicações nos periódicos das bases *SCIELO* e o portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC).

⁶Ao longo da era Vargas, referida como “um sistema de dominação enraizado na sociedade e na economia que se perpetuou por mais de meio século na vida brasileira”. Começou a ser construído nos anos 30, atingiu o ápice na década de 1970 e desagregou-se paulatinamente a partir dos anos 80. A partir desse período o Estado passou a constituir-se em núcleo organizador da sociedade brasileira e em alavanca de construção do capitalismo industrial no país. Quer dizer, tornou-se um Estado de tipo desenvolvimentista. O Brasil, desde os anos 80, semelhante a quase todos os países da América Latina, passou por profundos processos de transição política. Esse processo não se tratou apenas de mudanças de regime político, mas também de alterações nas relações entre poder político, sociedade e mercado e a forma de inserção internacional das economias nacionais, com consequências para os diversos âmbitos da sociedade brasileira. (SALLUM, 2000, p. 24).

suas esferas, inicia-se no governo de Fernando Collor de Melo (março de 1990 a setembro de 1992)” (MACIEL, 2012, p. 28), o que é ratificado por Sallum (2000, p. 38): “na verdade, esta mudança teve início no governo Collor” e sua continuidade no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC)⁷.

Dourado (2002, p. 235) entende que a justificativa ideológica dessa reforma foi praticada pelo “discurso de modernização e racionalização do Estado, objetivando, desse modo, a superação das mazelas do mundo contemporâneo [desemprego, hiperinflação, redução do crescimento econômico...] e de adaptação às novas demandas pelo processo de globalização em curso”. E o próprio FHC argumentou, à época:

vivemos hoje num cenário global que traz novos desafios às sociedades e aos Estados nacionais [...]. É imperativo fazer uma reflexão a um tempo realista e criativa sobre os riscos e as oportunidades do processo de globalização, pois somente assim será possível transformar o Estado de tal maneira que ele se adapte às novas demandas do mundo contemporâneo. (CARDOSO, 1998, p. 15).

Sobre a adoção do neoliberalismo como eixo de uma política macroeconômica no Brasil, o estudo de Rodrigues (2001) revela-se um exemplo concreto dessas mudanças. A autora realizou um estudo etnográfico perspicaz e elucidativo sobre o drama social dos trabalhadores do Banco do Brasil e as consequências provocadas por mudanças estruturais para adequação à lógica neoliberal no Brasil. A pesquisa aborda o “reboição” no interior da empresa estatal Banco do Brasil para amoldar a sua política organizacional-econômica às exigências e às transformações neoliberais implementadas pelo governo de FHC.

As consequências desse conjunto de reestruturações, com a adoção do neoliberalismo como eixo de política macroeconômica do governo brasileiro, “o Estado reorientou suas políticas em relação aos setores socioeconômicos. O mais importante e mais óbvio: as empresas estatais deixaram de ser os pilares da política estatal” (SALLUM, 2000, p.37). Nesse sentido, Rodrigues apresenta e analisa as consequências na vida dos funcionários do Banco do Brasil decorrentes dessa transição e reformulação do Estado brasileiro. Rodrigues cartografa e mostra os impactos do Programa de Demissão Voluntária (PDV), ocorrido em julho de 1995, no Banco do Brasil, como medida adotada para a adequação estrutural no setor bancário frente às dimensões da crise econômica no Brasil nos anos 90 e de seus impactos para a vida de seus funcionários.

⁷ Em Sallum (2000, p. 31) lê-se: “o governo de Fernando Henrique Cardoso, de uma perspectiva econômica e sociopolítica, sua gestão forma uma unidade que cobre um período superior ao do mandato oficial. Começa de fato no lançamento do Plano Real, antes pois da posse oficial do Presidente, e termina já no seu segundo governo, no dia 15 de janeiro de 1999, quando se alterou radicalmente o regime cambial do país”.

A autora refere-se à intensidade da crise financeira no contexto brasileiro, particularmente após a eleição de Fernando Henrique Cardoso para a presidência da República, e a implantação do Plano Real, no segundo semestre de 1994. Nesse período, os cortes de recursos, fechamentos de agências, terceirizações, demissões, extinção de horários noturnos, entre outros acontecimentos, tornaram-se mais absorventes, culminando, em 31 de dezembro de 1994, com o anúncio do plano de “redução de quadros generalizada, extinção de comissões e transferências compulsórias de excedentes para localidades que estivesse com deficiência de pessoal” (RODRIGUES, 2001, p. 191).

A pesquisadora cita, além de muitos outros custos existenciais para os trabalhadores do Banco do Brasil, por exemplo, a descartabilidade do funcionário, desencadeando, em certos casos, não somente a morte social, mas também a morte física⁸; a ruptura dos laços e dos valores com a profissão; a exacerbação do individualismo e vários outros aspectos:

para os funcionários, as rupturas provocam a deterioração das relações internas e a desvalorização da dimensão humana no contexto das mudanças, uma vez que a partir da implementação do Programa de Ajustes, o PDV em particular, o funcionário havia se tornado, para a empresa, um objeto descartável. Ocorriam rupturas com valores dados na tradição e que, ao longo do tempo, marcaram as relações estabelecidas entre empresas e seus funcionários (RODRIGUES, 2001, p. 191).

Por sua vez, Antunes (2004) assegura que a década de 1990 pode ser considerada a “década da desertificação neoliberal”, e, para Souza (2013, p. 226), essa época “foi marcada pela fragmentação, individualização, informalidade e precarização do trabalho, [...]”. Diante de tais considerações, questiona-se: de que modo essas transformações estruturais no Brasil, para se adequar à lógica neoliberal, afetaram a dimensão do trabalho docente?

1.2.1 Os reflexos do neoliberalismo na educação e os impactos das políticas educacionais oficiais no trabalho docente

As reformulações estruturais acionadas pelo Neoliberalismo (HARVEY, 2013), nos anos 1990, não ocorreram apenas no sistema macroeconômico e financeiro, mas se estenderam a outros setores da realidade brasileira, instalando-se, também, reformas no campo educacional. Essas reformas educacionais foram implantadas a partir de discursos afetados pela ideologia neoliberal para justificar a racionalidade da maior eficácia e de melhor qualidade nos resultados com menos custos, tendo como subsídio alegado a crise econômica

⁸A pesquisadora apresenta vários relatos de suicídio de funcionários do Banco do Brasil durante esse período de mudanças.

anunciada e supostamente credível. Essas reformas delineavam-se como alternativas e um novo modelo de gestão que se materializou através da perspectiva de gestão gerencialista e da organização do trabalho, que também foi inaugurada na educação (GENTILI, SILVA, 2002; DOURADO, 2002). Esse modelo de gestão e de organização do trabalho será abordado no capítulo seguinte.

O modelo gerencialista *tayotista* passou a ser indicado, basicamente, pelos dispositivos internacionais de financiamento: Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), ajuizado pelo discurso de que, para obter melhores indicadores de qualidade na educação, era imperativo compor o perfil do alunado orientado para a inserção no mercado de trabalho. Para tanto, era indispensável uma prática educacional eficiente, com ênfase nas competências (DELORS, 1998; PERRENOUD, 2002) exigidas pelo mercado, conjugada com uma avaliação externa e com responsabilização pelos resultados, no campo pedagógico e administrativo-financeiro, conforme declaram Gentili e Silva (2002, p. 12):

nesse projeto, a intervenção na educação com vistas a servir aos propósitos empresariais e industriais tem duas dimensões principais. De um lado, é central, na reestruturação buscada pelos ideológicos neoliberais, atrelar a educação institucionalizada aos objetivos estreitos de preparação para o local de trabalho. No léxico liberal, trata-se de fazer com que as escolas preparem melhor seus alunos para a competitividade do mercado nacional e internacional. De outro, é importante também utilizar a educação como veículo de transmissão das ideias que proclamam as excelências do livre mercado e da livre iniciativa. Há um esforço de alteração do currículo não apenas com o objetivo de dirigi-lo a uma preparação estreita para o local de trabalho, mas também com o objetivo de preparar os estudantes para aceitar os postulados do credo liberal.

As políticas educacionais no Brasil, nesse contexto, parecem que vêm sendo demarcadas por essa lógica: “Na área educacional, a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) - Lei nº 9.394/96, e do Plano Nacional de Educação (PNE) colocam-se como passo decisivo nessas mudanças”. (DOURADO, 2002, p, 241).

Garcia e Anadon (2009), *em seu estudo sobre a Reforma educacional, intensificação e autointensificação do trabalho docente*, defendem a tese de que “as políticas educacionais para a educação básica no Brasil, desde a década de 1990, vêm introduzindo formas de controle e intensificação do trabalho docente [...]”; além disso, “o governo da alma e da subjetividade humana tornou-se, no interior dessa racionalidade, uma estratégia indispensável das modernas formas de administração e (auto) gestão das pessoas no mundo contemporâneo” (GARCIA; ANADON, p. 65). Sob a ótica dessas autoras,

as políticas educacionais das últimas décadas dos anos de 1990 são entendidas como discursos e dispositivos de uma governamentalidade neoliberal, que fornecem uma série de ordenamentos para a organização dos currículos e do ensino e criam um campo de possibilidades para a ação dos professores e de outros agentes educacionais. Elas estimulam uma moral de autorresponsabilização e culpa por parte das professoras, que, aliada à deterioração dos salários e das condições de trabalho, vem contribuindo para a intensificação e autointensificação do trabalho docente e para a geração de frustrações e desencantos.

As autoras citadas observaram que as mudanças e exigências impostas ao trabalhador docente “não foram acompanhadas de melhorias na estrutura física escolar nem de melhorias nas condições de trabalho ou nas carreiras docentes” (GARCIA; ANADON, 2009, p. 69):

Às escolas em péssimas condições físicas, às precárias condições de trabalho e aos problemas sociais vivenciados pelos professores em suas escolas e salas de aula, vieram se somar novas tarefas, atividades e responsabilidades. Termos como cidadania, qualidade de ensino, compromisso social, doação, empenho, comprometimento docente e relação dialógica aparecem no interior dos discursos das políticas educacionais oficiais, interpelando as professoras em suas imagens e autoimagens docentes. As professoras deste estudo se sentem convocadas por discursos que mesclam um certo caráter missionário e humanitário da docência com argumentos relacionados ao profissionalismo e à profissionalização docente.

Dessa forma, entende-se que as mudanças aportadas pela racionalidade gerencialista subjacente à lógica neoliberal e incorporadas nas políticas nacionais de educação parecem constituir novas exigências no processo de trabalho docente, declaram Assunção e Oliveira, (2009), e, assim, desenvolver prováveis estados de adoecimento, pois os professores são confrontados com exigências e obrigações cada vez mais intensas em seu trabalho.

As exigências apresentadas aos profissionais da educação nesse contexto de nova regulação educativa parecem pressupor maior responsabilização dos trabalhadores, demandando maior autonomia (ou heteronomia) destes, capacidade de resolver localmente os problemas encontrados, refletir sobre a sua realidade e trabalhar de forma coletiva e cooperativa. (ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2009, p. 251).

Para além das obrigações e exigências associadas ao ofício docente há o envolvimento de dimensões subjetivas do professor como uma forma de colonização administrativa de suas subjetividades e das emoções no ensino, como constataram Garcia e Anadon (2009, p. 71),

sendo indícios desse fenômeno a escalada de pressões, expectativas, culpas, frustrações, impelidas burocraticamente e/ou discursivamente, relativamente àquilo que as professoras são ou deveriam ser profissionalmente, àquilo que as professoras fazem ou deveriam fazer, seja no ambiente escolar ou mesmo fora da escola.

Sob o viés dessa racionalidade gerencialista subjacente ao ideário neoliberalista e suas formas de subjetivações, com seus visíveis paradoxos que repercutem e objetivam-se no trabalho docente é que despendo esforços no intuito de compreender o adoecimento psíquico dos professores da rede de ensino estadual do Amapá.

1.3 Questões de investigação

Frente a esse contexto de transformações na realidade brasileira, entende-se que o docente vivencia certas contradições no seu cotidiano laboral. Isto porque grande parte das condições práticas de trabalho não corresponde às exigências estabelecidas cultural e moralmente, e o papel do docente se amplia para além da sala de aula devido às múltiplas cobranças sociais e morais atribuídas à função docente (TARDIF E ESSARD, 2014a; 2014b). O professor, além de ensinar, deve participar direta ou indiretamente de múltiplas atividades no âmbito escolar, o que significa maior dedicação e desprendimento de energias físicas e psíquicas.

As circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para garantir os objetivos da produção escolar podem gerar, além da sobrecarga de suas funções psicofisiológicas, frustrações e descontentamentos, uma carga emocional negativa. É sob essa perspectiva que desejo abordar o problema de pesquisa. Diante do exposto, apresento as questões fundamentais desta tese:

- 1) De quê e por quê padecem as subjetividades docentes e como se caracteriza o *pathos* docente?
- 2) De que modo os sistemas atuais de gestão do trabalho e do capital afetam as subjetividades docentes?
- 3) Quem são os professores que procuram a Casa do Professor e como esse aparelho de atenção psicossocial mobiliza suas ações para operar cuidados aos docentes “adoecidos”?
- 4) Que conexões e “afinidades eletivas” haveria entre suas trajetórias docentes e histórias de adoecimento?
- 5) Como as histórias de adoecimento e as narrativas dos docentes entrevistados revelam as ambivalências vivenciadas em suas trajetórias docentes?
- 6) Quais e de que modo as queixas são captadas pelo dispositivo médico, em torno da atenção psicossocial, e como essa “captura” repercute na trajetória docente?

- 7) Quais as negociações feitas com os diagnósticos clínicos, como são incorporados pelos sujeitos e que tipo de agência essas classificações médicas trazem para os docentes?
- 8) De que modo o tratamento psicossocial (in) viabiliza a “reinserção” no exercício da docência?
- 9) Retomando a perspectiva analítica de Merton (1970), como entender, a partir dos relatos dos sujeitos, a disparidade produtora de anomia, entre “objetivos culturais valorizados” e o “campo de possibilidades efetivas” para a realização daqueles objetivos, no caso do exercício do trabalho desses professores?

1.4 Objetivos da pesquisa

O objetivo primordial deste estudo é apontar e discutir possíveis relações e conexões de sentido entre: subjetividades, trajetórias biográficas docentes e formas de adoecimento psíquico perscrutadas nas histórias clínicas, queixas, perturbações nervosas e sofrimentos manifestados pelos professores, e suas relações com as condições do exercício do trabalho na função de educadores da rede pública estadual do Amapá, em tratamento no Núcleo de Atenção à Saúde do Professor - Casa do Professor/SEED-AP, subsidiado pelos seguintes objetivos específicos:

- 1) Problematizar a relação entre o trabalho docente e o adoecimento psíquico dos professores do ensino da rede estadual, em tratamento na Casa do Professor, recuperando a literatura da sociologia e da antropologia da saúde e da doença;
- 2) Discutir como o sistema atual de gestão, sob a ótica neoliberalista, repercute sobre o trabalho e a saúde dos trabalhadores docentes;
- 3) Realizar um mapeamento dos professores atendidos e em tratamento na Casa do Professor, em busca de possíveis afinidades eletivas entre as trajetórias docentes e histórias de adoecimento;
- 4) Identificar as formas mais recorrentes de manifestação do sofrimento e adoecimento psíquico dos trabalhadores docentes da rede estadual do Amapá;
- 5) Descrever a Casa do Professor, na qualidade de aparelho de atenção psicossocial: sua rotina, ritos e fazeres, observando como essa instituição desenvolve o tratamento e o acompanhamento dos professores que recorrem aos seus serviços;

- 6) Compreender o mal-estar docente expresso nas narrativas docentes e nas histórias de adoecimento ouvidas;
- 7) Analisar as queixas docentes associadas às suas trajetórias e histórias clínicas; as formas de reinserção no trabalho, através da ideologia da atenção psicossocial, promovidas pela Casa do Professor;

Com base no pressuposto que a obrigação de superar, individualmente, todas as adversidades que rondam a prática cotidiana da docência, sem contar com o apoio institucional das políticas de educação de nossa sociedade⁹, põe esses sujeitos em situações de alto estresse, ocasionando uma série de manifestações de adoecimento. São esses os objetivos e desafios que desejo tratar nesse trabalho de doutoramento.

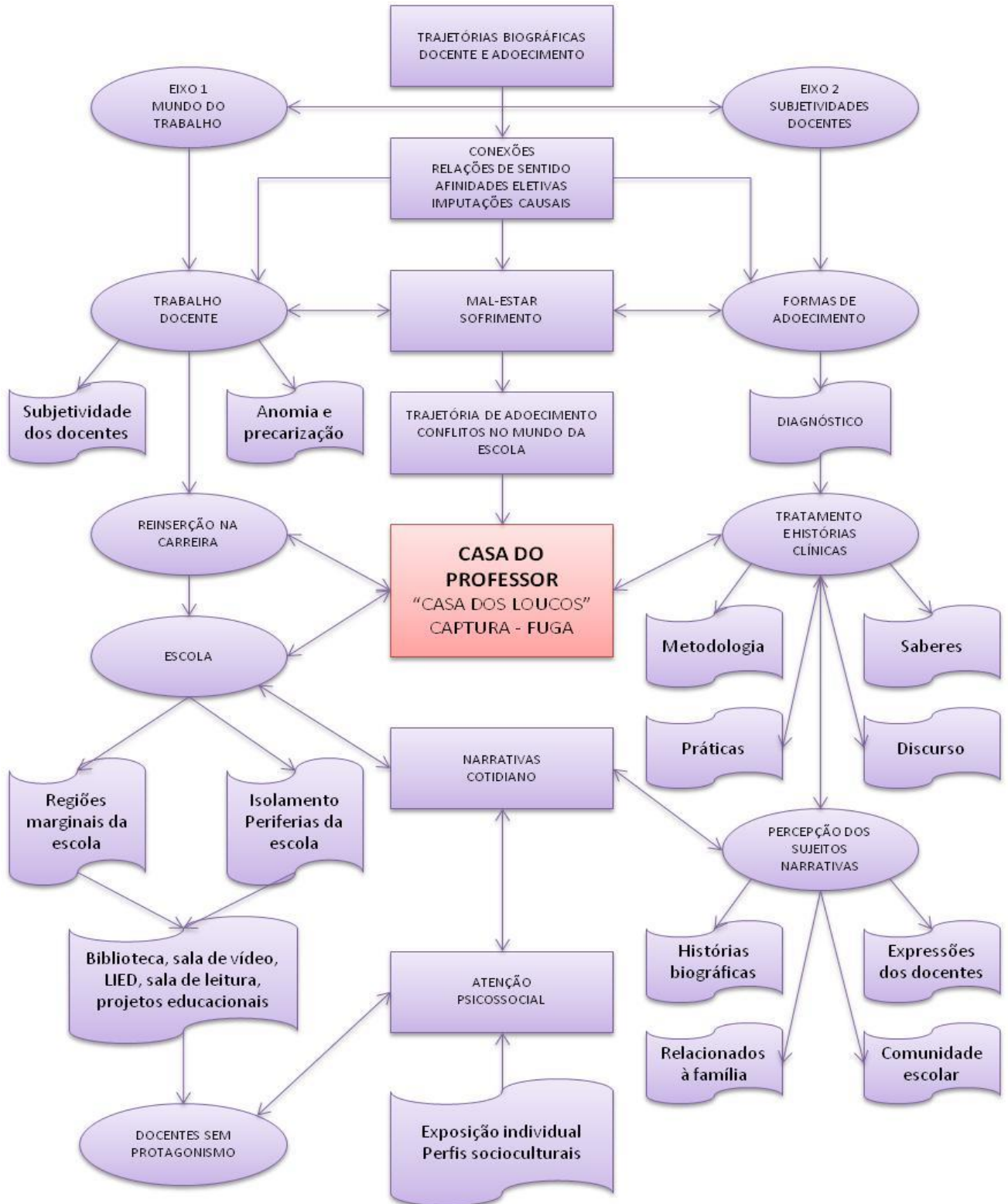
1.5 Eixos analíticos

Nesta Tese adoto diversas categorias conceitual-analíticas para tentar compreender a complexidade e a polissemia do objeto aqui proposto. Dentre as diversas categorias envolvidas na discussão a que me proponho, destaco algumas delas que me auxiliam na construção teórico-analítica empreendida. Entre as de maior valor para a discussão do objeto, cito: mundo do trabalho e organização da gestão; trabalho docente e adoecimento; subjetividades docentes; anomia, enquanto situações de trabalho paradoxantes; saúde/doença mental; mal-estar e sofrimento, tratamento e atenção psicossocial; reinserção no trabalho; história de adoecimento, gestão, escola e família. Além dessas, incluo as categorias identificadas nas experiências de trabalho e de adoecimento narradas pelos professores e professoras entrevistadas.

Assim, como forma de concretizar a compreensão e sintetizar o conjunto de categorias analíticas emergentes da pesquisa elaborou-se o gráfico a seguir, como uma maneira de condensar a experiência de adoecimento e mostrar suas prováveis articulações com os aspectos que a compõem.

⁹Aqui evoco a arguta observação de Zygmunt Bauman (2013a), para quem o atual momento das sociedades capitalistas – caracterizadas pela fluidez e pela precarização das condições e regulamentações do mundo do trabalho, para não evocar as outras dimensões sociais analisadas pelo autor – representa uma inversão da promessa emancipatória trazida pela modernidade, a de trazer “respostas coletivas para problemas individuais”. No atual momento, trata-se do oposto: cabe a cada indivíduo, por meio das ideologias da *performance*, do “*ter insights*”, do ser “criativo”, do “espírito empreendedor”, etc., criar “respostas individuais para problemas coletivos”. É exatamente isso que observamos no caso dos professores que constituem os sujeitos da pesquisa, sobre quem recai a pesada carga de mais-valia de trabalho imaterial não pago. As formas de adoecimento constituem uma linguagem que pode ser lida como “fracassos” e “respostas negativas” àquelas exigências de *hiper-performance* (GAULEJAC, 2007).

Figura 1 - Mapa conceitual referente aos eixos analíticos da Tese



Fonte: Elaborado pela autora e pelo orientador.

Entendo que a pesquisa tem como eixo central as trajetórias biográficas docentes e o adoecimento, que se conectam e se “afinam” com dois grandes eixos: o do mundo do trabalho e o das formas de subjetividades dele resultantes. Como derivações prováveis desses dos eixos, estão as discussões de vários teóricos: (Lazzarato (2006), Lazzarato e Negri (2013); Bourdieu (1998); Gaulejac (2007); Ehremberg (2010); Enriquez (2006), Birman (2012 Giovanni Alves (2011); Antunes (2006; 2009a; 2009b; 2013a; 2013b); Pelbart (2010; 2013a).

O mundo de trabalho, com suas formas de impor modos de subjetivações através da forma de organização do trabalho, que captura as subjetividades dos trabalhadores e, de modo particular, as dos docentes, por suas particularidades profissionais, por exemplo: trabalho imaterial envolve processos cognitivos, afetivos, sociais, provocando desgastes emocionais e físicos, trabalho fora do horário de trabalho, exigência moral e responsabilização do professor pelos resultados estabelecidos em metas governamentais; situações precárias de trabalho que obrigam o professor fazer por si. Essas dimensões desgastantes, juntamente com as vivências subjetivas, familiares, relacionais, entre outros fatos naturais da existência humana, podem concorrer para o adoecimento.

A Casa do Professor é central para os professores e professoras que passam por experiências de adoecimento, no Amapá. A Casa, mesmo sendo uma referência ambígua, segundo as representações sociais de muitos — podendo ser vista como a “Casa dos loucos” —, ela é um ponto de apoio para aqueles que rompem os preconceitos sociais e percepções estigmatizantes ao buscarem ajuda para si, principalmente no momento em que a dor emocional se torna insuportável.

A Casa, enquanto dispositivo do Estado, realiza ações de “tratamento” conectadas com outros dispositivos de saúde da Rede de saúde e da Atenção Psicossocial, visando a reinserção do professor adoecido em suas atividades na sala de aula, lugar do protagonismo docente. Entretanto, quando esse fim não é realizável, os docentes são alocados nas salas ambientes, nomeadas por alguns de “depósito de professores doentes”. Os professores e professoras que são colocados nesses espaços periféricos da escola, muitos deles sente-se destituídos de si, de suas funções, de suas paixões e isolam-se nesses lugares periféricos.

Alguns professores, quando são colocados nesses espaços, se esforçam para exercer certo protagonismo por meio de projetos educativos, embora essa demanda seja “obrigatória” para os professores nas salas ambientes. Outros se sentem alijados do processo, isolam-se e se esforçam para esconder o sofrimento, como será mostrado no capítulo das narrativas das trajetórias docentes e das histórias.

1.6 A complexidade do objeto: uma abordagem inter e multidisciplinar

Ciente que este estudo exige uma visão multidisciplinar e interdisciplinar¹⁰, não somente pelas características do objeto de pesquisa, mas também pelas especificidades próprias do conhecimento sociológico, como afirmam Almeida, Freitas, e Santos (2012, p.158):

A busca do conhecimento sociológico se emaranha na rede de acontecimentos entrelaçados em relações sociais e culturais no sentido de compreender a dinâmica da realidade. Esta põe em xeque paradigmas teóricos tradicionais e contemporâneos voltados tanto para perspectivas macroestruturais quanto para olhares microcotidianos.

Nessa perspectiva, atendendo a necessidade de situar o objeto de estudo e suas análises no campo das Ciências Sociais, deparei-me com esse desafio e sobre o qual me questiono: como compreender a subjetividade, o sofrimento psíquico no campo das teorias socioantropológicas? Como explorar as subjetividades e histórias de adoecimento sem gerar polaridades, dicotomias ou abismos separadores da subjetividade humana? Como usar inventividade linguística¹¹ para dar nome às coisas, isto é, para nomear as práticas cotidianas da Casa do Professor e dos saberes e fazeres da educação estadual, de tal modo que possa preservar a ética da pesquisa, escapar de juízos de valores, aproximando este estudo aos padrões exigidos pelas ciências sociais? E, conforme os dizeres de Becker (2009): como fazer uma “representação eficiente” do social?

Com base nesses questionamentos e nos pontos norteadores da pesquisa, faço, aqui, um esforço voltado para um diálogo epistemológico inter e multidisciplinar, entre as áreas de conhecimento que abordam a subjetividade em suas particularidades, e dimensões psíquico-socioculturais com os aportes de um olhar inter e multidisciplinar de campos de distintos saberes, como forma de compreender estados de sofrimento e de adoecimento psíquico relacionados ao trabalho docente.

Jacques Rhéaume (2015, p. 137) destaca a relevância de uma epistemologia pluralista quando se trata, mormente, da análise de uma prática social, exigindo uma leitura multidisciplinar das ciências: psicologia, sociologia e antropologia. Minayo (1991, p. 236) enfatiza o papel da Antropologia na compreensão da subjetividade. Para a autora, “a

¹⁰Bastide (2016, p. 204) lembra que a pesquisa multidisciplinar é ao mesmo tempo interdisciplinar porque se realiza através de uma “encruzilhada de ciências”, isto é, ela se faz nos pontos de convergência entre diversas ciências e tem como função principal permitir o acréscimo de múltiplos sentidos sobre o objeto de estudo.

¹¹Capacidade observada por Becker (2009, pp. 227-230) em Goffman (1974), quando discute “instituições totais”.

Antropologia introduz de forma positiva a importância do ‘subjeto’ em qualquer abordagem do social, oferecendo instrumentos para sua apreensão”.

Mauss ([1950] 2005), na obra *Sociologia e Antropologia*, dedica um capítulo à relevância interdisciplinar para discutir “as relações reais e práticas entre a Psicologia e a Sociologia”. Nesse texto, ele distingue o lugar dessas ciências e aponta, ao mesmo tempo, a interdependência entre as duas ciências no estudo do ser humano enquanto ser individual e coletivo. O autor, no decorrer do texto, trabalha a ideia de inseparabilidade dessas ciências, pois as duas tratam do estudo do homem, da sua totalidade. Mauss (2005) discute a impossibilidade de compartimentá-lo para estudos isolados, porque “fragmentar o ser humano, seria assumir uma visão atomística”. Seguindo esse olhar, Mauss discute sobre os confins entre Psicologia e Sociologia, sobre as intersticialidades entre individual e coletivo; consciência individual e consciência coletiva; em suas bordas exteriores, seus espaços limítrofes e centrais, que as duas ciências avançam, como ele próprio diz: “não nos preocupemos com essas nuances [...]. Pois é nos confins das ciências, em suas bordas exteriores, com tanta frequência quanto em seus princípios, seu núcleo e seu centro, que se fazem os progressos” (MAUSS, 2005, p. 324).

Mauss (2005, p. 336) compõe uma bela síntese sobre a colaboração comum da Sociologia e da Psicologia na compreensão do fato psicológico, pois em sua concepção este se revela em toda a sua nitidez no social: “ele é comum a todos os que dele participam, e, por ser comum, despoja-se das variantes individuais”. Dessa maneira, o autor admite a articulação e a cumplicidade das duas ciências para a compreensão da complexidade humana, dos fenômenos da totalidade, que misturam corpo, alma, sociedade, materialidades e imaterialidades que interessam às duas ciências:

Todos os que vos assinei e todos os que achei interessantes nas novas descobertas da psicologia, pertencem não apenas à ordem da consciência pura, mas àquela que os implica em sua relação com o corpo. Com efeito, em nossa ciência, em sociologia, nunca ou quase nunca encontramos, exceto em matéria de literatura ou de ciência puras, o homem dividido em faculdades. Lidamos sempre com seu corpo, com sua mentalidade por inteiro, dados de maneira simultânea e imediata. No fundo, tudo aqui se mistura, corpo, alma, sociedade. Não são mais fatos especiais dessa ou daquela parte da mentalidade, são fatos de uma ordem muito complexa, a mais complexa imaginável, que nos interessam. É o que chamo fenômenos de totalidade, dos quais participam não apenas o grupo, mas também, por ele, todas as personalidades, todos os indivíduos em sua integridade moral, social, mental e, sobretudo, corporal e material (MAUSS, 2005, p. 336).

Dessa forma, na concepção de Mauss (2005, p. 40) os fenômenos sociais são de abordagem social, mas, ao mesmo tempo, os fatos são psicológicos e sociológicos. Minayo

(1991) observa que os estudos de Mauss (1950), do ponto de vista antropológico, mostram que os fenômenos saúde-doença informam sobre:

a visão de mundo do grupo social; as atitudes coletivas face à infelicidade dominadora; o rompimento do indivíduo com as normas e as regras de sua sociedade, frequentemente traduzidos em códigos morais e religiosos e o encontro do homem com o que considera “infeliz” e “alienante” em sua sociedade (MINAYO, 1991, p. 234).

Sendo assim, Minayo (1991, p. 233) entende a doença como um fenômeno tanto clínico quanto sociológico, e faz a seguinte defesa:

a doença é tanto um fato clínico quanto um fenômeno sociológico. Ela exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e também uma angústia que pervaga o corpo social, confrontado com as turbulências do homem enquanto ser total. À medida que cristaliza e simboliza as maneiras como a sociedade vivencia coletivamente seu medo de morte e seus limites frente ao mal, a doença importa tanto por seus efeitos imaginários: ambos são reais do ponto de vista antropológico. A doença é uma realidade construída e o doente é um personagem social. Portanto, tratar o fenômeno saúde-doença unicamente com os instrumentos anátomo-fisiológicos da medicina ou apenas com as medidas quantitativas da epidemiologia clássica constitui uma miopia frente ao social e uma falha no recorte da realidade a ser estudada. (MINAYO, 1991, p. 233).

Gaulejac, Roche e Hanique (2012, p. 20) também consideram que a Sociologia Clínica inova com um convite para revisar as fronteiras disciplinares, em particular entre as ciências humanas e ciências sociais. Esses autores observam a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para explorar as dimensões psíquicas dos fenômenos sociais e convidam o leitor a redefinir os conceitos de “objetividade”, de “subjetividade” e de recursos metodológicos na produção de conhecimento:

A exploração das dimensões psicológicas de fenômenos sociais, colocadas em diferentes questões das formas de produção de conhecimento, a redefinição dos conceitos de objetividade e subjetividade, utilizando metodologias relativas à produção do conhecimento, bem como a análise das anotações sobre o sujeito durante o processo de consulta, mostra muito sobre a postura do pesquisador e do palestrante, e são todas essas questões que demarcam o interesse completo da abordagem clínica em sociologia (GAULEJAC, ROCHE e HANIQUE, 2012, p. 32)¹².

¹² Texto original: “*Exploration des dimensions psychiques des phénomènes sociaux, remise en question des différentes formes de production du savoir, redéfinition des conceptions de l’objectivité et de la subjectivité, recours à des méthodologies subjectivantes dans la production de la connaissance, analyse de la notion de sujet face aux processus d’assujettissement, interrogation sur la posture du chercheur et de l’intervenant, autant d’enjeux qui démontrent l’intérêt d’intégrer la démarche clinique dans une perspective sociologique*” (GAULEJAC, ROCHE e HANIQUE, 2012, p. 32).

Nessa perspectiva, Gaulejac (2012, p. 42) evidencia que “os fenômenos sociais são de abordagem social, mas são também, ao mesmo tempo, psicológicos. Os fenômenos sociológicos são da vida. Sociologia e Psicologia são recortes complementares dos fatos humanos” (GAULEJAC, 2012, p. 41). Assim, a ênfase subjetiva da Sociologia Clínica é evidentemente uma questão central para o autor (GAULEJAC, 2012, p. 29). Ferrarotti (2013, p.18) também confirma as noções de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade, quando afirma:

A investigação científica contemporânea é multidisciplinar, chegando a ser pós-disciplinar em determinados aspectos. O objeto de investigação é simultaneamente atacado por diversas ciências, sobre o qual impõem os seus recursos metodológicos e materiais.

O objeto em estudo, pela sua complexidade, demanda um olhar multidisciplinar, por isso, dialoga com várias disciplinas porque, cada vez mais, nas teses e nas pesquisas há objetos que Melucci (2004) classifica como “complexos”, ou seja, que resistem a uma apreensão disciplinar rígida. Dessa forma, frente à complexidade da realidade social, das possibilidades de conhecê-la e da natureza do estudo proposto, aventuro-me a navegar em diferentes olhares e aportes teóricos analíticos de vários campos do conhecimento.

Portanto, reconhecendo a relevância dos diversos campos de saberes e a polissemia do objeto deste estudo, cabe-me acatar o desafio explícito na linguagem de Becker (2009, p.67): sinto-me instigada a “desembrulhar” a “representação social” da qual me ocupo nesta pesquisa.

1.7 Desenho metodológico da pesquisa

A opção por uma abordagem teórico-metodológica na investigação científica requer tomada de decisão, e nem sempre é definitiva porque a pesquisa se constitui em um caminho a ser trilhado passo a passo, no qual, processualmente, se depara com várias possibilidades, dúvidas, desafios, surpresas e descobertas, as quais exigem que os posicionamentos sejam reavaliados constantemente pelo pesquisador (HISSA, 2013). Essas reflexões fazem parte do meu aprendizado durante a trajetória deste estudo.

Sendo assim, decidi por uma investigação de cunho qualitativa, com a perspectiva de analisar a relação do trabalho, sofrimento e adoecimento psíquico de docentes em tratamento na Casa do Professor/SEED-AP. E, de acordo com Gaulejac (2012), ao propor uma abordagem qualitativa para a pesquisa, as ciências sociais introduzem de forma positiva a importância do "subjetivo" em qualquer abordagem do social, oferecendo instrumentos para

sua apreensão. Portanto, me aproprio do uso de narrativas, biografias e trajetórias sociais, incluindo Kofes (2001); Bertaux (2010); Schütze ([1983], 2014); Bourdieu (2003).

A pesquisa com o uso de narrativas, biografias e trajetórias sociais, conforme Bertaux ([1980] 2010); Becker (1993) apareceu nas Ciências Sociais na década de 1920, com os estudos da “Escola de Chicago”. Tempos depois, Bourdieu (2003) lançou uma forte crítica sobre o que denominou “ilusão biográfica”. Esse autor propunha que os esforços acerca do assunto fossem transformados em “estudos de trajetórias”, com afirma:

falar de história de vida é pelo menos pressupor, e é muito, que a vida é uma história e que uma vida é inseparadamente o conjunto de acontecimentos de uma existência individual, concebida como história e a narrativa dessa história. [...]. Produzir uma história de vida, tratar a vida como uma história, isto é, como a narrativa coerente de uma sequencia significativa e coordenada de eventos, talvez seja ceder a um ilusão retórica, a uma presunção comum da existência que toda tradição literária não deixou e não deixa de reforçar (BOURDIEU, 2003 pp. 75-76).

Para Bourdieu (IDEM, p.76), “o real é descontínuo, formado por elementos justapostos sem razão, cada um é único, e tanto mais difíceis de entender porque surgem sempre de modo imprevisito, fora do propósito, de forma aleatório”, assim para esse a linearidade na história de vida é ilusão, por que cada sujeito é único e a vida é dinâmica.

Sob essa perspectiva metodológica, na pesquisa aqui realizada pretende-se compreender de que modo se manifesta o fenômeno sofrimento e adoecimento psíquico de professores, através de biografias, narrativas de trajetórias docentes, e de que modo esse adoecimento se conecta com o trabalho docente e afeta os professores em suas práticas escolares.

Para dar conta dessa artesanaria e para analisar esses diversos materiais, montei um dispositivo bastante aberto, capaz de dar conta da heterogeneidade e da complexidade do objeto, envolvendo: pesquisa bibliográfica, observação participante, pesquisa documental e participação no cotidiano do campo, objetivando compreender as dinâmicas do atendimento aos docentes realizados no interior do dispositivo institucional estudado.

Saliento, assim, que esta Tese toma como métodos e materiais a exploração de prontuários, documentos médicos e administrativos relacionados às dinâmicas de encaminhamento e tratamento, histórias de adoecimento, entrevistas narrativas e histórias autobiográficas. Ressalto a importância do método autobiográfico e a escuta de narrativas como possibilidade para localizar e compreender o sofrimento psíquico através dos relatos dos docentes e de seus discursos. Concordo com Aguiar e Almeida (2011, p. 23), quando afirmam:

o método autobiográfico, com os relatos de história de vida, possibilita a interpretação de fenômenos, de modo que valoriza os sujeitos e suas histórias. Relacionando de forma singular o indivíduo e o social, há uma possibilidade de reconstrução sócio histórica do próprio professor, denunciando o cotidiano escolar e suas vicissitudes. Nesse, sentido articula-se a fala do sujeito com o contexto social no qual está inserido. O contexto social é desvelado, então, nas vidas dos professores.

Para tentar compreender as subjetividades docentes, compor as histórias de adoecimento e conhecer as trajetórias docentes, foram realizadas entrevistas em profundidade, a partir de um roteiro (Apêndice 2) constituído de pontos pré-formulados e flexíveis. O roteiro foi elaborado de modo que permitisse alterações e variações no transcorrer do processo, seguisse o fluxo das narrativas dos interlocutores e favorecesse a escuta de relatos autobiográficos, relacionados às trajetórias de docência, além de suas histórias de sofrimento e de adoecimento psíquico.

Acrescento que utilizo o recurso da busca documental, através da exploração dos prontuários clínicos, para a construção de dados quantitativos e indicadores complementares à aproximação com as subjetividades docentes e suas histórias de adoecimento.

1.7.1 A busca das histórias a partir da leitura e análises de prontuários clínicos

Como forma de inserção ao campo, após os procedimentos de autorização da pesquisa¹³ iniciei a leitura dos prontuários dos professores em atendimento no Centro de Apoio e Atenção Psicossocial (SAPS), como forma de aproximação da realidade clínica e profissional dos professores, usuários desse dispositivo de atenção à saúde docente no Amapá. Para tanto, a construção dos dados foi fundamentada em consulta documental e em entrevistas em profundidade (BERTAUX, 2010), tendo-se o objetivo de ouvir narrativas de vivências de trajetórias docentes e de histórias de adoecimento dos sujeitos investigados.

Segundo Schutze ([1983], 2014), a entrevista narrativa produz dados textuais que reproduzem, de forma complexa, o entrelaçamento dos acontecimentos e a sedimentação da experiência do sujeito entrevistado. Vasconcelos (2005, p. 23) concorda com essa assertiva quando diz que “o pesquisador deve, na pesquisa qualitativa, privilegiar a narração, e, por conseguinte, a percepção da dimensão humana mais característica, a fala”. Vasconcelos entende que “o reconhecimento da história do sujeito como história real e íntima oferece ao

¹³Este trabalho foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o nº 25337413.0.0000.0003-CEP, está de acordo com os Princípios Éticos na Experimentação Humana, adotados pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP).

entrevistador a possibilidade de conhecer a dimensão exata da subjetividade humana” (p. 24). A mesma autora também considera que “essa apreensão da subjetividade se dá em conexão estreita e permanente com o referente social. Ela permite restabelecer o indivíduo em seu vivido experiencial, de iluminar a parte humana e singular da globalidade social” (p. 23).

Bertaux (2010, p. 15) informa que a narrativa de vida resulta de “uma forma particular de entrevista, a ‘entrevista narrativa’, durante a qual um pesquisador pede a uma pessoa, então denominada ‘sujeito’, que lhe conte toda ou parte de sua experiência vivida”. Esse autor considera a utilização das narrativas de vida, particularmente eficaz para a construção de dados no sentido de se ajustar à formação de trajetórias: “ela permite identificar por meio de que mecanismos e processos os sujeitos chegaram a uma dada situação, como se esforçaram para administrar essa situação e até mesmo para superá-la”, podendo, segundo esse autor, “se constituir um instrumento importante de extração de saberes práticos (BERTAUX, 2010, p. 27; 29).

Convém destacar que a experiência da entrevista ocorre em um “encontro de subjetividades” (pesquisador-pesquisado), diz Zaluar (2004, p. 109). E a autora também adverte para os cuidados que o pesquisador precisa ter para não se colocar em uma relação de dominação com o entrevistado e não esquecer que o interlocutor é “sujeito” e, portanto, “atuante, pensante, que adere, hesita, opta, confunde-se, muda recorre a estratégias para vencer”.

O pesquisador deve ser cuidadoso ao “contexto da ação do que foi dito” durante a entrevista, pois, “muitas vezes não é registrado” (ZALUAR, 2004, p. 110) e, sobretudo, para “não cair no ‘conto do nativo’ que diz aquilo que o pesquisador deseja ouvir”. Isto porque “o acesso do pesquisador à subjetividade dos ‘nativos’ é mediado por este dizer ao outro (ZALUAR, 2004, p. 119).

Ciente desses “ardis” da pesquisa, os passos iniciais da investigação foram a solicitação de permissão junto à Coordenação do Psicossocial/CRH/SEED-AP para a realização da pesquisa, e submissão e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNIFAP, para atender a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde (MS).

Posterior à aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/UNIFAP, solicitei a autorização da Secretaria de Educação do Estado (SEED) para a execução da pesquisa, e também a anuência da Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) para o acesso aos

prontuários clínicos. Após as devidas autorizações e aprovação do projeto de pesquisa a pesquisa foi iniciada.

A leitura e análise inicial dos documentos administrativos, médicos, entre outros, contidos nos prontuários clínicos me permitiu um contato muito significativo com os registros de sofrimento mental dos docentes. A consulta documental foi um trabalho relativamente demorado e dificultoso, porém, de grande valor para a imersão no tema. Essa etapa da pesquisa iniciou em outubro de 2013 e foi finalizada em março de 2015, com algumas pausas por motivos institucionais associados à disponibilização do material pelos profissionais da psicologia. Realizei o registro dos casos atendidos e em tratamento psicossocial a partir da implantação e existência do SAPS — de 2005 a 2013 —, e do, primeiro ano de funcionamento da Casa do Professor — 2014.

Os dados elaborados me possibilitaram a construção de um amplo banco de informações sobre os usuários do Psicossocial e da Casa do Professor, e também sobre os registros escritos efetivados pelos profissionais que cuidam e realizam o acompanhamento clínico aos docentes.

Consultei alguns documentos, entre os quais: relatórios de acompanhamento, laudos, receituários prescritivos, atestados e pareceres clínicos de profissionais que atuam na instituição e de profissionais externos à “Casa” — médicos e psiquiatras —, na intenção de compreender não somente o perfil dos docentes atendidos, mas os tipos e formas de manifestações de sofrimento e adoecimento psíquico, os procedimentos de acompanhamento e os sistemas de controle relacionados aos docentes que se encontram afastados do trabalho para tratamento.

A consulta aos prontuários para a elaboração dos dados foi revisada atentamente para conferir informações, com o objetivo de alcançar um trabalho mais focalizado, pois além de examinar a coerência dos dados, constatei, no processo, a necessidade de acrescentar outros elementos informativos, relevantes para completar o mapeamento desejado. Nesse momento, transcrevi todos os registros das queixas clínicas relatadas pelos docentes e percebidas pelos profissionais do serviço social, no ato do atendimento, com o objetivo de apreender aspectos mais dinâmicos do objeto em estudo.

Para completar e confirmar algumas informações omissas nos prontuários fiz uma busca diligente e individualizada no Portal da Transparência do Governo do Estado sobre alguns subsídios complementares e relevantes para a compreensão mais aprofundada das trajetórias docentes e das histórias de adoecimento dos sujeitos estudados. Dentro do recorte

de tempo a que me propus investigar, foram consultados 1.057 prontuários clínicos, e, destes 822 de usuários docentes, analisados no quinto capítulo desta Tese.

Esse levantamento foi conjugado com observações que realizei no cotidiano da “Casa”, acompanhando as rotinas, participando de eventos festivos, reuniões administrativas e outros, convivendo, assim, com os profissionais da Casa e desenvolvendo uma relação favorável para a obtenção de informações referentes aos serviços e procedimentos da instituição.

Assim, de posse desse material procurei analisar o sofrimento e o adoecimento psíquico dos professores, suas representações e relações sociais, articulando, na análise, a estrutura global do mundo moderno do trabalho, suas formas de gestão e construção das subjetividades, no atual contexto socioeconômico do mundo capitalista, na tentativa de perceber as conexões entre o “local” e o “global” (HALL, 2002) e os efeitos da globalização econômica (GIDDENS, 1991; SANTOS, 2011; HARVEY, 2011, 2013), “desencaixe”, “desgaste mental” e “captura da subjetividade” do trabalhador no mundo contemporâneo e suas consequências para o adoecimento psíquico, conforme Lazzarato (2006), Seligmann-Silva (2011) e Alves (2011).

1.7.2 As entrevistas: narrativas, trajetórias de docência e histórias de adoecimento

Como parte fundamental deste estudo, em paralelo à consulta dos prontuários clínicos e às observações no espaço da Casa, fui estabelecendo contatos com os docentes para realizar as entrevistas. O momento das entrevistas foi muito relevante para este estudo, em que houve o “encontro real” e o “contato *face a face*” com as trajetórias docentes e experiências de trabalho, as queixas clínicas, os relatos de dor e sofrimento psíquico através das histórias de adoecimento dos docentes ouvidos.

A escuta dos relatos e narrativas dessas diferentes fontes associadas ao adoecimento dos docentes e de suas experiências e trajetórias constituiu-se um material relevante para a compreensão do objeto desta Tese. As entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro aberto, permitindo ao interlocutor expressar-se de maneira “livre” sobre os diferentes tópicos de sua trajetória docente e experiências de adoecimento, seguindo as orientações de Schütze (1983); Becker (1993, 2007); Vasconcelos (2005); Bertaux (2010); Ferrarotti (2013). O denso material produzido nas entrevistas foi transcrito e tornando-se fundamental para o trabalho de análise.

Nesta pesquisa, a escuta das narrativas teve como foco principal as trajetórias de professores e professoras, porém, também ouvi profissionais que compõem a equipe técnica multidisciplinar da Casa e outros atores sociais envolvidos na ação educativa, com o objetivo de alargar a minha compreensão do objeto de investigação. Entre os demais sujeitos entrevistados destaco: gestores escolares¹⁴, técnicos educacionais, coordenadores do SOME, do SOMEI; dirigentes do Sindicato dos Profissionais em Educação no Amapá (SINSEPEAP) e a Secretária de Educação do Estado (gestão de 2012 a 2014).

Para a realização das entrevistas decidi optar por um grupo heterogêneo que contemplasse professoras e professores vinculados às diferentes modalidades de ensino: Fundamental I (1º. ao 4º. anos); Fundamental II (5º ao 9º ano) e Ensino Médio, incluindo professores do sistema regular de ensino, e também professores que atuam no SOME e no SOMEI. Esse cuidado foi fundamentado nas orientações de Zaluar (2004, p.111), quando chama a atenção do pesquisador em relação à importância da heterogeneidade dos sujeitos escolhidos para “a representatividade como porta-voz do grupo social estudado”.

No desenvolvimento das entrevistas, após conversa inicial sobre os objetivos da pesquisa e tendo realizado a coleta da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE), (Apêndice 1), segui um roteiro aberto (Apêndice 2) constando de pontos de interesse, conforme os objetivos da pesquisa. Inicialmente, solicitei ao entrevistado o informe sobre seus dados autobiográficos; depois, que relatasse sua trajetória docente e, posteriormente, sua história de adoecimento. Deixei algumas solicitações de informações complementares e específicas para explorar ao final das entrevistas.

No decorrer das entrevistas procurei desenvolver uma postura menos diretiva possível, deixando-as transcorrer de forma mais “livre”. Permiteu que os docentes relatassem suas experiências e vivências de adoecimento nos moldes das bases metodológicas e orientações sugeridas por Vasconcelos (2005), Bertaux (2010) e, principalmente, Bourdieu (2011a, p. 695), quando chama a atenção para que se evite ao máximo a violência simbólica durante o exercício das entrevistas, instaurando uma relação de escuta ativa e metódica não dirigida.

As entrevistas foram gravadas com a autorização dos interlocutores e transcritas para o processo de análise. A partir da coleta das narrativas foi produzido um expressivo material, e

¹⁴ Tive maior dificuldade de entrevistar os diretores escolares. Alguns se mostraram indisponíveis para participar da pesquisa. Fiz várias tentativas de agendamento sem êxito. Frequentemente, alegavam falta de tempo devido aos compromissos administrativos e/ou reuniões na SEED.

devido à sua extensão, apresento apenas 10 histórias de professores atendidos na Casa¹⁵. As histórias foram selecionadas com o objetivo de explorar suas narrativas docentes e categorias empíricas extraídas, conforme orientações metodológicas de Gibbs (2009), Schutze ([1983] 2014), Weber (2009) e Bardin (2009). Durante o trabalho de transcrição das histórias e relatos tive o cuidado ético com o sigilo, resguardando a identidade dos sujeitos entrevistados. Portanto, adotei nomes fictícios, ocultando alguns dados específicos para proteger a identificação dos interlocutores.

1.7.3 “Meu lugar”, na condição de pesquisadora: dificuldades exploradas

Desenvolver a “capacidade reflexiva” e “converter o olhar” (MELUCCI, 2005) para uma produção textual e analítica sobre o objeto em investigação, sob uma perspectiva sociológica, constituiu-se um desafio pessoal no decorrer da realização do trabalho, além da necessidade de fazer com o objeto de estudo dialogasse com vários campos de saberes. Na tentativa de conduzir a pesquisa na abordagem inter e multidisciplinar, tenho a clareza de caminhar por zonas fronteiriças entre os diversos saberes, do ponto de vista epistemológico.

Entretanto, procurei colocar-me numa posição de ouvinte discreta e cuidadosa para escutar não somente as falas, mas as tonalidades, as mímicas, a postura e principalmente perceber as linguagens do olhar (d’alma). Empenhei-me para deixá-los à vontade e tranquilos no momento das entrevistas. Em alguns casos me apercebi realizando a “escuta psicológica”, talvez motivada pelas próprias contingências do objeto de pesquisa — o sofrimento humano. Por esse motivo, as entrevistas quase sempre foram regadas com lágrimas, pois evocavam memórias e emoções dolorosas.

Procurei estar predisposta ao acolhimento emocional, através de escuta paciente e empática. Em alguns casos, foi difícil conciliar a “postura de pesquisadora” e psicóloga, penso, entretanto, que os instrumentos da psicologia me ajudaram a lidar com as angústias e a dor subjetiva emergente no ato da escuta.

A propósito da escuta empática, Vasconcelos (2005) considera que “falar é um processo duplo que engaja múltiplas articulações psíquicas e sociais e põe em relação diversos aspectos da relação humana, entre elas as perspectivas de vida” (p. 66).

¹⁵Apresento três trajetórias de professores atuantes no SOME e SOMEI e oito de docentes das demais modalidades de ensino (Fundamental, Médio, EJA e Educação Especial), atuantes em escolas na capital do Estado.

Concordo com Vasconcelos quando valoriza a relação entrevistador e entrevistado, acreditando que uma adequada predisposição empática do pesquisador possibilite maior envolvimento dos sujeitos durante a entrevista, fornecendo, assim, conteúdos relevantes para a compreensão do objeto. Vasconcelos (2005, p. 52) é enfático ao dizer:

transformar o sujeito de quem falamos em um conceito é opróbrio e contra todas as considerações de humanismo. O sujeito é um contexto histórico, individual e coletivo em mesmo tempo e deve ser visto, compreendido e aceito em toda sua dimensão para realmente ser reconhecido.

A autora citada afirma que o sujeito escutado não é abstrato. Ele deve ser compreendido em todos os seus contextos de modo que a escuta aconteça de forma espontânea. Para Vasconcelos (2005, p. 86), essa “é a nossa garantia de que o processo nasceu e se desenvolveu naturalmente”.

Essas reflexões levam-me a evocar as ideias de Bourdieu, inclusas no texto “Compreender” (2011a, p. 693), considerando sua singular experiência de pesquisa, quando afirma que o pesquisador não encontra “sua expressão adequada nem nas prescrições de uma metodologia mais cientista que científica, nem nas precauções anticientíficas das místicas da fusão afetiva”. O teórico ressalta que a pesquisa se distingue da maioria das trocas existenciais, pois tem por fim o conhecimento: “ela se constitui uma *relação social* que exerce efeitos (variáveis segundo os diferentes parâmetros que a podem afetar) sobre os resultados obtidos”.

Nesse sentido, Bourdieu adverte que essas distorções devem ser reconhecidas e dominadas, e isso na própria realização de uma “prática refletida que pode ser refletida e metódica”. Sob esse olhar, o autor aponta a “reflexividade reflexa” como capacidade do pesquisador baseada num olhar sociológico, como “habilidade para perceber e controlar, no campo, os efeitos da estrutura social na qual ela se realiza” (BOURDIEU, 2011a, p. 694) e, ao mesmo tempo, ter a capacidade e a sensatez de saber conduzir essas distorções, levando em conta os seus pressupostos:

é efetivamente sob a condição de medir a amplitude e a natureza da distância entre a finalidade da pesquisa tal como é percebida e interpretada pelo pesquisado, a finalidade que o pesquisador tem em mente, que este pode tentar reduzir as distorções que dela resultam, ou, pelo menos, de compreender o que pode ser dito e o que não pode, as censuras que o impedem de dizer certas coisas e as incitações que encorajam a acentuar outras (BOURDIEU, 2011a, p. 695).

O estudioso tece essas perspicazes considerações advertindo o pesquisador para que, antes de interpretar “os dados” da pesquisa, deva refletir sobre suas referências

epistemológicas que fundamentam seus pressupostos ideológicos ou científicos, e sugere o seguinte questionamento: “Como compreender fazer ciência dos pressupostos sem se esforçar para conseguir uma ciência de seus próprios pressupostos?” (BOURDIEU, 2011a, p. 694).

Desenvolvidos os percursos aqui registrados, no momento inicial desta pesquisa, ressalto que a experiência de campo confrontou-me com meus próprios medos, angústias e expectativas. Entrevistar os diferentes agentes, alguns deles “conhecidos” apenas por intermédio de uma ligação telefônica, me deixou em alguns momentos, insegura antes da realização das entrevistas e envolvida por questionamentos, como: será que a entrevista vai fluir? Será que os interlocutores vão colaborar e confiar em expor experiências tão pessoais? Como deve ser a minha postura, enquanto ouvinte para compor o estudo de um objeto do ponto de vista sociológico? Essas e tantas outras indagações me afligiam antes do encontro com os meus interlocutores.

Entretanto, ouvir as narrativas dos docentes, suas experiências, histórias de adoecimento, queixas, relatos do cotidiano de trabalho, afetações subjetivas e ter a confiança deles em dividir essas vivências e outras marcadas pela dor, angústias, frustrações, perdas, mas também permeadas de alegria, dedicação, determinação, doação de si para elevar outros seres humanos, foi uma grande dádiva, não somente do ponto de vista do meu aprendizado de pesquisadora, mas também para ampliar a experiência do sensível.

1.7.4 Organização dos capítulos da Tese e respectivos objetivos

Partindo da presente introdução, em que apresento o percurso pessoal, teórico e metodológico da pesquisa, cabe-me, nesse momento, apresentar o trabalho realizado nesses quatro anos de doutoramento, experiência enriquecedora, com muitos ganhos em todas as dimensões da minha vida. Organizar em capítulos essa produção que tem como objeto principal o sofrimento e o adoecimento humano não foi uma tarefa fácil, portanto, essa organização é resultado de exercícios reflexivos, de “arruma e desarruma” e “faz de novo”. Sendo assim, para melhor disposição dos conteúdos desenvolvidos, os capítulos da Tese foram distribuídos em três partes: **primeira parte** — Por uma analítica da relação entre trabalho e saúde; **segunda parte** — A instituição, a doença e o professor; e **a terceira** — o *pathos* docente em narrativas.

Primeira parte — Nesse segmento inicial do trabalho faço uma abordagem teórica sobre o mal-estar no trabalho, refletindo sobre o modo de gestão gerencialista no atual mundo do capital e do trabalho, isto é, como esse sistema fundamentado pela ideologia neoliberalista,

constrói suas formas de subjetivações e contribui para o mal-estar dos trabalhadores docentes. Também discuto a saúde, a doença mental e as práticas de cuidados relacionadas ao sofrimento psíquico, situando aspectos históricos e ideológicos, para posicionar a atenção psicossocial, nesse conjunto de cuidados, sugerida pela rede de saúde para pessoas com transtornos mentais e em sofrimento psíquico. Essa parte inicial está dividida em dois capítulos:

No capítulo 2, intitulado O mal-estar no trabalho e as subjetividades docentes, dou continuidade à discussão teórica iniciada na introdução. Nele, procuro desenvolver um diálogo com teóricos que analisam a noção de trabalho no mundo contemporâneo, sob a lógica do capitalismo neoliberalista e gerencialista, suas novas formas de construção de subjetivações e captura das subjetividades dos trabalhadores e as consequências para o adoecimento e sofrimento psíquico de trabalhadores. Faço uma discussão geral, conversando com autores que me iluminaram nessa complexa engrenagem do mundo do capital e do trabalho, empenhando-me para compreender como esses processos repercutem no trabalho docente e na saúde desses profissionais; considero, portanto, as suas particularidades, na qualidade de trabalhadores da educação que lidam com subjetividades humanas em construção e como harmonizam as exigências e as demandas próprias do ofício docente com as contradições estruturais com as quais se defrontam em seus cotidianos do trabalho escolar. Trabalho, assim, com diferentes autores, embora privilegie alguns: Lazzarato (2006); Lazzarato e Negri (2013). Sennett (2006; 2012b); Bourdieu (1998); Giddens (1991); Gaulejac (2007); Ehremberg (2010); Enriquez (2006), Birman (2012); Giovanni Alves (2011); Antunes (2006; 2009a; 2009b; 2013a; 2013b); Pelbart (2010; 2013a; 2013b), entre outros.

No capítulo 3, intitulado A saúde, doença mental e formas de cuidados: para situar a atenção psicossocial, pontuo elementos da captura do sofrimento e do adoecimento psíquico pelas estratégias do poder “psi”; discuto sobre o modo com que os professores se deparam com o saber médico, que será identificado nas narrativas; trago alguns elementos para me ajudar a entender como esse sofrimento se encontra com o saber médico e com as vivências dos professores. Para tanto, faço um recuo sobre a noção de saúde e doença mental, com o objetivo de compreender o modo com que a doença mental era tratada, em outras épocas, o que me ajudou a situá-la, hoje, na propalada moderna época da atenção psicossocial. Para tanto, parto das seguintes questões: como se chegou às práticas de cuidado da atenção psicossocial e quais as ideologias médicas relacionadas à saúde e doença mental? Sendo assim, me empenho para entender as formas de atenção psicossocial que se desenvolveram

para dar conta da doença mental. Visando compreender o modo com que o mal-estar foi captado e cuidado pelo saber e poder médico da atenção social, me pergunto: como o sofrimento mental e como as narrativas docentes entram nessa história? Meus autores privilegiados nesse capítulo foram: Foucault (2006, 2012, 2014); Pessotti (1995, 1996, 1999) e Amarante (1994, 1995, 2007).

A segunda parte desta Tese também está organizada em dois capítulos, o quarto e o quinto. Nesta, volto-me para a apresentação da Casa do Professor, sua dinâmica de funcionamento, suas práticas, ritos e forma de encaminhamentos dos cuidados direcionados aos docentes que buscam ajuda nesse dispositivo de atenção psicossocial. Também apresento o resultado do mapeamento elaborado a partir da pesquisa documental dos prontuários clínicos consultados.

No capítulo 4, intitulado Da sala de aula para o consultório: Casa do Professor, dedico-me à descrição do meu *locus* de pesquisa, e faço uma tentativa de apresentar uma inserção etnográfica no cotidiano do dispositivo de Apoio e Atenção Psicossocial à saúde dos docentes da rede de ensino estadual do Amapá, mais recentemente denominado Casa do Professor, instituído pela Secretaria de Educação do Amapá (SEED-AP). Procuo, assim, apresentar elementos históricos, sua caracterização, o funcionamento, a rede e os itinerários clínicos, administrativos, realizados pelos docentes e pelos profissionais da equipe multidisciplinar que operam nesse aparelho de atenção e cuidados aos professores em sofrimento e adoecimento psíquico.

No capítulo 5, sob o título Quem são os professores do psicossocial? Analisando prontuários, queixas e diagnósticos, dedico-me à apresentação e discussão do mapeamento de dados quantitativos elaborados a partir da pesquisa documental dos prontuários clínicos; de documentos de encaminhamentos dos docentes a Casa; das fichas de registros de atendimento psicossocial, dos laudos médicos, pareceres clínicos, relatórios técnicos, receituários, entre outros. Esse capítulo tem por objetivo delinear um “rosto” dos docentes que buscam ajuda para suas diversas formas de mal-estar na Casa do Professor, no qual, a partir do conjunto de informações obtidas na consulta documental, apresento tabelas, quadros e gráficos com as análises dos resultados, que considero indicativos e complementares às análises das narrativas docentes.

A terceira e última parte, segmento central da minha tese, é composta pelos capítulos seis, sete, oito e nove. Nesses capítulos apresento as narrativas das trajetórias docentes e as histórias de adoecimento, as subjetividades docentes, verbalizações do cotidiano

escolar, queixas, relatos sobre as condições e contradições do trabalho docente e outras temáticas abordadas pelos professores e professoras no decorrer de suas narrativas. Também dedico um capítulo aos professores e professoras do Modular. Procuo, assim, fazer uma apresentação dos modos de vida desses educadores que se dedicam a essa modalidade de ensino, e conto um pouco da sua história e dos desafios e adversidades que enfrentam. Do conjunto da pesquisa foram selecionados eixos temáticos concernentes às vivências docentes e suas realidades de trabalho, que procuro analisar no corpo desse terceiro bloco da Tese. No capítulo nove apresento parte da minha experiência no estágio doutoral em Trento-Itália, faço uma breve comparação entre o trabalho docente dessas distintas realidades, em alguns aspectos mais próximas, e discuto a problemática do trabalho docente precário, vivenciado pelos professores italianos. Portanto, a terceira parte desta Tese contém os capítulos a seguir apresentados.

No capítulo 6, intitulado **O *pathos* docente nas histórias em narrativas: as relações entre saúde, subjetividades docentes e escola**, dedico-me às narrativas sobre as experiências docentes e histórias de adoecimento, visando exercitar a análise e a interpretação do objeto de investigação aqui proposto. Para tanto, apresento oito trajetórias docentes, evidenciando os relatos de adoecimento e superação dos estereótipos pessoais e sociais vencidos para buscar ajudar no dispositivo de atenção psicossocial – Casa do Professor. Nesse sentido, fiz um esforço para sintetizá-las e, ao mesmo tempo, não esvaziá-las de seus sentidos, contextos e riquezas subjetivas. Realizei o exercício analítico para discutir as representações, valores, conteúdos, sentidos, subjetividades, queixas, tipos de adoecimento e sofrimento, e conhecer as práticas desenvolvidas para a “cura” e a “reinserção” dos docentes na sala de aula e como eles desenvolvem suas estratégias e táticas no agenciamento dos diagnósticos e do próprio adoecimento (CERTEAU, 2005).

O capítulo 7, intitulado **‘Guerreiros’ e ‘desbravadores’: os professores do Modular**, é destinado ao Sistema de Organização Modular de Ensino (SOME e SOMEI), no Amapá, com maior foco no SOME. Nesse capítulo discorro sobre alguns elementos históricos, trajetórias, experiências docentes, realidade de trabalho e narrativas de adoecimento do coletivo de professores e professoras que atuam no interior do estado, em comunidades rurais, ribeirinhas, indígenas e afrodescendentes. Procuo, assim, fazer uma apresentação dos modos de vida dos professores e professoras que se dedicam a essa modalidade de ensino. Conto um pouco da sua história e da realidade encarada por esse grupo de professores e professoras, com o intuito de mostrar algumas de suas experiências e

trajetórias — histórias e experiências marcadas por abnegação, insuficiências e sofrimento, mas também caracterizadas por dedicação e paixão. A decisão de apresentar um pouco da experiência desse coletivo de educadores foi movida pelo desejo de evidenciar a relevância desse grupo de profissionais para a área de educação do Amapá e o conjunto de adversidades enfrentadas para a realização do trabalho docente nas áreas rurais do estado. Esse conjunto de professores representa um provável grupo de risco para o adoecimento em suas distintas formas. Também exploro a história de adoecimento de dois professores do Modular, sendo uma trajetória docente do SOME e outra do SOMEI, identificando dimensões das vivências de trabalho desses professores que se constituem variadas formas de sofrimento e adoecimento

No capítulo 8, intitulado **Compreendendo a experiência do adoecimento nas trajetórias docentes: percepções, apropriações e dilemas**, apresento e analiso alguns eixos temáticos e dimensões analíticas identificadas a partir do material empírico construído. Momento fundamental de elaboração analítica da pesquisa e de maior desafio: o de saber lidar, manejar e interpretar sociologicamente o material denso, produzido durante a pesquisa para a realização deste estudo. Para tanto, das várias dimensões identificadas, discuto algumas, aquelas que, no meu entendimento, são as mais recorrentes na análise do material produzido e que podem representar, com base no grupo investigado, parte relevante associada às dificuldades enfrentadas pelos professores no Amapá e que ainda poderão estar conectadas às suas distintas formas de sofrimento e adoecimento.

E, por último, no capítulo 9, sob o título **Doença mental e trabalho docente precário: relatos e reflexões sobre a experiência italiana - um olhar aproximativo-comparativo**, apresento um relato da minha experiência no doutorado “Sanduiche” realizado em Trento, Itália. Insiro elementos da minha experiência durante o período do estágio doutoral (setembro a dezembro de 2015) que visou dois aspectos relevantes relacionados ao meu objeto de estudo: 1) aprofundar aspectos relativos à história da Psiquiatria Democrática Italiana e suas contribuições políticas e ideológicas para o movimento contra a institucionalização de pessoas com transtornos mentais e a implantação dos serviços de atenção psicossocial no Brasil¹⁶; 2) compreender um pouco sobre as prováveis conexões entre trabalho docente e formas de cuidados dos professores italianos com experiências de sofrimento e adoecimentos psíquico; com o esforço de lançar um breve olhar aproximativo sobre essas duas realidades (Amapá-Brasil – Trento-Itália).

¹⁶ Aqui, solicito permissão para citar autores italianos, pela relevância de alguns deles para a Reforma Psiquiátrica, tanto no contexto italiano quanto no Brasil, como Franco Basaglia, por exemplo.

Ao finalizar a introdução desta Tese convido o leitor a debruçar-se sobre o texto que ora apresento, tendo ciência de que, no produto da investigação que realizei, tive a intenção de discutir, refletir e compreender melhor os dramas e histórias desse objeto fronteiro, em que trabalho docente e sofrimento psíquico se encontram, conflitam e se estimulam.

PRIMEIRA PARTE: POR UMA ANALÍTICA DA RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E SAÚDE

Nesse segmento inicial do trabalho faço uma abordagem teórica sobre o mal-estar no trabalho. Reflito sobre o modo de gestão gerencialista no atual mundo do capital e do trabalho; como o sistema gerencialista, fundamentado pela ideologia neoliberalista, contrói suas formas de subjetivações e como contribui para o mal-estar dos trabalhadores docentes. Discuto, também, a saúde, a doença mental e as práticas de cuidados relacionadas ao sofrimento psíquico, situando aspectos históricos e ideológicos, para posicionar a atenção psicossocial, nesse conjunto de cuidados, sugerida pela rede de saúde para pessoas com transtornos mentais e em sofrimento psíquico.

2 O MAL-ESTAR NO TRABALHO E AS SUBJETIVIDADES DOCENTES

“A ‘matéria prima’ do trabalho imaterial é a subjetividade e o ‘ambiente ideológico’ no qual, esta subjetividade vive e se reproduz. [...] O fato de que o trabalho imaterial produz ao mesmo tempo subjetividade e valor econômico demonstra como a produção capitalista tem invadido toda a vida e superado todas as barreiras que não só separavam, mas também opunham economia, poder e saber” (LAZZARATO; NEGRI, 2013, p. 67).

Neste capítulo amplio as ideias contidas na Introdução. Exponho leituras e análises de estudiosos que discutem o mundo do trabalho na sociedade contemporânea, dita pós-fordista; acerco-me de categorias analítica: o trabalho imaterial; a captura da subjetividade através dos mecanismos de precarização, intensificação e flexibilidade do trabalho, mediante novos modelos de gestão do trabalho e do capital, suas repercussões nos processos de subjetivações do trabalhador e, mais especificamente, as implicações desses processos para o profissional docente.

Faço uma abordagem teórica com o intuito de discutir as racionalidades atuais do mercado de trabalho em relação à globalização do capital e do modelo neoliberal, visando entender suas repercussões e de que modo afetam a saúde do trabalhador docente.

O propósito nesse capítulo não é o de entrar nas infundáveis discussões sobre o complexo mundo do trabalho, mas há o interesse, principalmente, de fazer algumas reflexões teóricas sobre as consequências da mundialização do capital para a construção de novas formas de subjetivação, conforme Birman (2013); e sobre as formas de captura as subjetividades no mundo contemporâneo através do trabalho imaterial, como sugerem Lazzarato (2006), Pelbart (2010; 2013), Lazzarato e Negri (2013). Além disso, busco compreender o modo com que as mudanças provocadas pela ideologia neoliberal e pelo trabalho pós-fordista afetam o trabalho docente e como o docente é afetado por essas estruturas derivantes do capitalismo.

Para tanto, também dialogo com outros autores que abordam essa temática: Sennett (2004; 2006; 2012a, 2012b); Bourdieu (1998); Bauman (1999, 2001, 2009; 2013); Giddens (1991); Gaulejac (2007), Ehremberg (2010), Enriquez (2006), Lazzarato (2006), Birman (2012), entre outros. Discuto as repercussões desses processos para a saúde mental dos trabalhadores docentes, considerando que essa classe trabalhadora, provavelmente seja afetada pelos processos de flexibilização, intensificação e precarização do trabalho, pois a natureza do trabalho docente além dos esforços e desgaste de energias físicas também exige competências cognitivas, afetivas e a captura da subjetividade, nos dizeres de Giovanni

Alves (2011, 2013), Santos (2000), Antunes (2006; 2009a; 2009b; 2013a; 2013b); Mészáros (2007; 2011), Lazzarato e Negri (2013); Pelbart (2010; 2013a; 2013b¹⁷), entre outros.

2.1 Trabalho e produção de subjetividades no mundo contemporâneo

Em relação ao trabalho e às subjetividades no mundo contemporâneo, Peter Pál Pelbart (2010), filósofo, ensaísta e estudioso, declara que “o poder tomou de assalto a vida”, e cita, como formas de poder, a ciência, o capital, o estado e a mídia. Para esse autor, esses mecanismos de poder não somente sequestram a vida humana, mas penetram “em todas as esferas da existência”, movimentando-as para trabalhar em benefício próprio:

O poder penetrou todas as esferas da existência, e as mobilizou, e as pôs para trabalhar em proveito próprio. Desde os genes, o corpo, a afetividade, o psiquismo, até a inteligência, a imaginação, a criatividade, tudo isso foi violado e invadido, mobilizado e colonizado, quando não diretamente expropriado pelos poderes. (PELBART, 2010, p. 25).

Segundo esse teórico, esses mecanismos de poder “investem cada vez mais na vitalidade social [e na existência] de cabo a rabo. Intensificando-a, otimizando-a, pilotando-a, monitorando-a e integrando os seus elementos” (PELBART, 2010, p. 25).

Nessa perspectiva, diz o autor, “não é mais um poder que reprime, propriamente, mas que intensifica e excita”; que “opera de maneira imanente – não mais de fora, nem de cima, mas como que por dentro, incorporando, integralizando, monitorando, investindo de maneira antecipatória até mesmo os possíveis que se vão engendrando, colonizando o futuro” (PELBART, 2010, p. 25).

Para esse pensador, os trabalhadores que, usavam seus corpos, seus músculos, sua força bruta e realizavam rotinas mecanizadas de trabalho no modo de produção industrial fordista, hoje, no atual contexto do mundo do trabalho, exige-se deles a produção de processos cognitivos, que estudiosos denominam “trabalho imaterial”, categoria que, na visão de Pelbart:

[...] produz imagens, informações e serviços. Esse tipo de trabalho, ou melhor, para a produção desses bens, requer dos trabalhadores de hoje, não mais a sua força bruta, não os seus músculos, mas a sua inteligência, a sua imaginação, a sua criatividade, a sua afetividade, a sua conectividade. Em suma, é a sua alma, é a sua

¹⁷Vídeo da conferência: *Viver não é sobreviver: para além da vida aprisionada*. Conferência proferida no III Seminário Internacional *Educação medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças*. Realizado de 10 a 13 de julho de 2013 – Universidade Paulista/UNIP – Campus Paraíso - São Paulo, e publicado em 21 de março de 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=qaHSIm91OII>>. Acesso em: 01 abr. 2016. Os trechos citados foram transcritos pela pesquisadora.

vida que é requisitada no trabalho. Se antes essas dimensões vitais e essa inventividade pertenciam a uma esfera subjetiva e privada, no máximo ao campo das artes. Elas são hoje o elemento essencial da produção e até mesmo a principal fonte de valor. (PELBART, 2013b-vídeo da conferência: “Viver não é sobreviver”: para além da vida aprisionada).

Por sua vez, Lazzarato e Negri (2013, p. 61) discutem e analisam as transformações no mundo do trabalho no contexto pós-fordista e afirmam que “os conceitos de trabalho imaterial e de ‘intelectualidade e massa’ definem não somente uma nova qualidade do trabalho e do prazer, mas também “novas relações de poder e, em consequência, novos processos de subjetivação.”

Esses autores explicam que o trabalho imaterial é produto de capacidades humanas mais profundas — da subjetividade dos trabalhadores: inteligência, emoções, criatividade, linguagem, entre outros processos cognitivos. E que através dessas disposições mentais, que o modo de produção gerencialista explora as subjetividades dos trabalhadores, tendo como objetivo principal o resultado bens e serviços. Esses bens e serviços, portanto, devem possuir características inovadoras e sedutoras com a finalidade de ativar a sensibilidade do consumidor, produzindo, por essa interface (produção/consumo), um valor econômico, fundamental no mundo do capital:

o trabalho imaterial se encontra no cruzamento (é a interface) dessa nova produção/consumo. É o trabalho imaterial que ativa e organiza a relação produção/consumo. A ativação, seja cooperação produtiva, seja da relação social com consumidor, é materializada e inova continuamente as formas e as condições da comunicação (e, portanto, do trabalho e do consumo). Dá forma e materializa as necessidades, o imaginário e os gostos do consumidor. E esses produtos devem, por sua vez, ser potentes produtores de necessidades, do imaginário, de gostos. A particularidade da mercadoria produzida pelo trabalho imaterial (pois o seu valor de uso consiste essencialmente no seu conteúdo informativo e cultural) está no fato de que ela [a mercadoria] não se destrói no ato do consumo, mas alarga, transforma, cria o ambiente ideológico e cultural do consumidor. Ela não reproduz a capacidade física da força de trabalho, mas transforma o seu utilizador (LAZZARATO; NEGRI, 2013, p. 66).

Ainda de acordo com Lazzarato e Negri (2013), o trabalho imaterial produz, acima de tudo, uma relação social — uma relação de inovação, de produção e de consumo —, que passam a ter um valor econômico. Esse valor econômico é produzido a partir de “processos de exploração, do monopólio e do espólio da subjetividade”. Retomando as análises de Pelbart (2013b), o estudioso expõe suas críticas sobre a expropriação da subjetividade e da vida do trabalhador, no século XXI, relacionando-as à produção imaterial e ao consumo:

Ao mesmo tempo, o que nós consumimos hoje em dia mais do que sapatos e geladeiras, são estilos de ser, maneiras de viver, formas de vida, sentidos,

subjetividade. Assim, de uma ponta a outra do circuito econômico, isto é, da produção até o consumo, o que nos é extorquido e sequestrado, ora investido e intensificado, ora reformatado e revendido, é a vida. Não há de se deixar surpreender com isso, a vampirização e a comercialização dessas formas de vida talvez explique uma parte da nossa claustrofobia contemporânea. Se antes ainda tínhamos espaços preservados da ingerência direta dos poderes hoje estamos inteiramente submetidos. Se antes o inconsciente e a natureza ainda pareciam domínios invioláveis. Foram invadidos pelo capital, hoje mesmo eles foram incorporados e postos para trabalhar (PELBART, 2013b, vídeo da conferência: “Viver não é sobreviver”: para além da vida aprisionada).

E o autor acrescenta:

Se numa sociedade dita disciplinar, ainda tínhamos a ilusão de transitar de uma esfera institucional para outra, com uma esfera de manobra e de um respiro, digamos, da família para a escola, da escola para a fábrica, da fábrica para a caserna, da caserna para o hospital, numa sociedade de controle como a nossa, essa margem parece ter se esvaído. Em suma, o corpo, o psiquismo, a linguagem, a comunicação, a vida onírica, mesmo a fé, nada disso preserva qualquer exterioridade em relação aos poderes, não podendo, portanto, servir-lhes de contrapeso ou de âncora crítica na resistência a eles. (PELBART, 2013b).

Essa “captura da subjetividade” é abordada também por Alves (2013), ao dizer que a captura e a manipulação da pessoa humana pelo poder midiático e pelo capital ocorre não apenas na “instância da consciência, mas também nas instâncias da pré-consciência e do inconsciente” (ALVES, 2013, p. 129), pois:

controlar atitudes comportamentais tornou-se a meta dos treinamentos empresariais, mobilizando valores-fetice, expectativas e utopias de mercado que atuam nas frequências intrapsíquicas do inconsciente e do pré-consciente [...]. Na verdade, a subjetividade humana imersa no metabolismo social do capital é uma “subjetividade em desefetivação”, estressada pelas teias da manipulação social (ALVES, 2013, p. 130).

Para Alves, a “subjetividade em desefetivação”, no plano epidemiológico, se expressaria pelo surto de estresse que atinge a civilização do capital (ALVES, 2011, p. 152). A “captura da subjetividade” aqui abordada está diretamente relacionada à noção “trabalho imaterial”, amplamente discutida por Lazzarato, (2006); Lazzarato e Negri (2013); e Antunes (2013a). No entendimento de Antunes, “o trabalho imaterial no interior da grande indústria possui uma interseção clara entre a esfera da subjetividade do trabalhador (seu traço mais propriamente intelectual e cognitivo) e o processo produtivo” (ANTUNES, 2013a, p. 127).

A captura da subjetividade associada ao trabalho material, no que diz respeito ao trabalho docente, é citada por Tardif e Lessard (2014a) quando dizem: “na docência, a pessoa que é o trabalhador constitui-se o meio fundamental pelo qual se realiza o trabalho em si mesmo”. Esses autores consideram que “a personalidade do trabalhador se torna, ela mesma,

uma tecnologia do trabalho, ou seja, um meio em vista dos fins”. Dessa forma, “componentes como o calor, a empatia, a compreensão, abertura de espírito, o senso de humor, etc., constituem, assim, trunfos inegáveis do professor enquanto trabalho interativo” (p. 268).

Esses mesmos autores defendem, portanto, que o docente “carrega seu trabalho consigo: ele não apenas pensa no trabalho (o que faz a maioria dos trabalhadores), mas seu pensamento, em boa medida, é seu trabalho”. (TARDIF; LESSARD, 2014a, p. 270). Dessa forma, a docência comporta muitos aspectos do trabalho mental ou imaterial, principalmente associados à natureza do preparo de atividades próprias da função docente, e também no que se refere às interações socioafetivas com seus alunos.

2.2 Conexões entre trabalho, sofrimento e adoecimento psíquico — “novos” processos de subjetivações e captura das subjetividades

No intuito de compreender a relação entre trabalho docente e suas formas de sofrimento e adoecimento psíquico, o desafio é apreender as diversas dimensões envolvidas nessa “captura da subjetividade”, tendo, de um lado, o mundo do trabalho — como estrutura macro nessas novas configurações de subjetivações e manipulações das subjetividades — conduzido pela ideologia do capital; e, do outro, o trabalho docente, com suas particularidades, entre as quais a “imaterialidade” do trabalho que parece ser a principal característica, considerando-se o envolvimento de processos subjetivos profundos (relacionais, afetivos e cognitivos) acionados para a produção de resultados.

A partir do exposto, surge nova indagação: de que modo as consequências desses processos de mudanças no mundo do trabalho e do capital (produção e consumo) afetam a saúde do trabalhador docente? Como ocorre essa “captura de subjetividade” na realidade dos professores e como essa captura se relaciona aos possíveis tipos de adoecimento?

Nessa linha de raciocínio, Camargo (2012) afirma que a docência — por não estar exposta a perigos aparentes como em outras profissões que lidam diretamente com riscos explícitos — não é considerada uma profissão de risco direto à saúde. No entanto, segundo essa autora, pode-se constatar que nenhuma outra categoria foi tão estudada, nos últimos anos, no que concerne à relação entre o trabalho docente e as doenças físicas e mentais. Dessa forma, postula-se que o trabalho docente pode ser tanto agente de desenvolvimento humano quanto provável fonte de adoecimento.

O Jornal *o Globo*, através do *Globo.com*, de 1º de março de 2015, publicou uma matéria escrita por Lauro Neto, noticiando o alto índice de professores da rede estadual de

ensino do Rio de Janeiro, licenciados por motivo de adoecimento. O afastamento por motivos de doenças psiquiátricas apareceu como a segunda maior causa, e a depressão ganhou maior destaque entre esses tipos de transtornos:

Mais de 1.200 professores da rede estadual de ensino do Rio de Janeiro ficaram licenciados por depressão ou transtornos mentais em 2014. O número corresponde a 12,5% dos 9.680 mil docentes que tiraram licença médica no ano passado. O afastamento por motivos psiquiátricos é a segunda maior causa, perdendo apenas para os 33% por problemas ósseos e fraturas (NETO, 2015).

É importante destacar que o adoecimento docente afeta também os alunos e, conseqüentemente, seu desempenho escolar. Nessa mesma matéria, Neto (2015) cita a revista norte-americana *Child Development*, que divulgou uma pesquisa realizada pelas universidades da Flórida e do Arizona, mostrando como o processo depressivo dos professores também atrapalha o aprendizado dos alunos. Naquele estudo, os pesquisadores analisaram 27 professores e seus 523 alunos do 3º ano do Ensino Fundamental, usando gravações de vídeo em sala de aula e observadores treinados para avaliar a qualidade do ambiente da aula. Segundo Leigh McLean e Carol Connor, pesquisadores responsáveis pelo estudo, “ensinar é uma das profissões mais estressantes”.

Uma das conseqüências preocupantes de estresse ocupacional é que ele pode contribuir para taxas elevadas de sintomas de depressão. Nosso estudo revela algumas das implicações negativas das taxas mais elevadas de sintomas depressivos que afetam também os alunos desses professores. O estudo destaca a necessidade de sistemas de apoio à saúde mental para os educadores, não só para benefício deles, mas também dos estudantes (MCLEAN; CONNOR *apud* NETO, 2015).

Estudos semelhantes realizados em outros estados brasileiros — Ceará¹⁸, Belo Horizonte¹⁹, São Paulo²⁰ — são exemplos ilustrativos dessa realidade e revelam situações

¹⁸Maciel et al. (2012) realizaram um estudo intitulado *Afastamentos por transtornos mentais entre professores da rede pública do Estado do Ceará*. Os autores fizeram um levantamento das ocorrências de afastamentos de servidores públicos do estado do Ceará durante um curto período (janeiro a março de 2009). Todavia, os resultados desse estudo apontaram que a maior parte de afastamentos foi identificada com o diagnóstico de depressão e distúrbios ansiosos e os que mais se afastaram por esse tipo de transtorno foram os professores, como afirmam os autores: “Analisando os afastamentos do trabalho por doenças entre os servidores públicos da administração direta do Ceará, encontrou-se um índice de afastamentos de 8,03% nos meses de janeiro a março de 2009. O índice indica um alto grau de afastamentos do trabalho entre os servidores o que pode ser um indicativo de problemas nas condições e situações de trabalho. Entre as doenças que originaram os afastamentos, 30,1% se encontravam no grupo F (transtornos mentais e comportamentais) da CID 10. Desse total, os tipos mais frequentes foram os quadros depressivos (F 32) e distúrbios ansiosos (F 41), sendo que o órgão da administração do Estado onde houve um maior número de afastamentos por transtornos mentais foi a Secretaria da Educação” [...] “Os que mais se afastaram por esse tipo de doença foram os professores que citaram como principais motivos dos afastamentos a violência nas escolas e conflitos com os alunos” (IBIDEM, p. 174).

¹⁹Gasparini, Barreto e Assunção (2006) apresentam uma pesquisa sobre a prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte (2006). Nesse estudo os autores encontraram como principais causas de afastamentos do trabalho os transtornos psíquicos, as doenças respiratórias e afecções no sistema osteomuscular. Segundo esse estudo, os professores apresentam maiores riscos de sofrimento psíquico e

análogas, evidenciando altos índices de afastamento de professores por adoecimento psíquico no contexto do trabalho docente no Brasil.

Com base nesses exemplos é relevante que se entenda o trabalho docente na atual configuração do mundo do trabalho —, sob a ótica capitalista, partindo-se de olhares de estudiosos dedicados a essas temáticas — visando compreender, para percebemos as implicações dessa dinâmica global face ao estágio atual do capitalismo e o modo com que essas implicações repercutem no trabalho docente e na saúde desse coletivo de profissionais.

Inicialmente, salienta-se que a categoria trabalho pode ser estudada por diferentes disciplinas, a partir de múltiplas perspectivas teóricas. Na abordagem marxista, declara Antunes (2009, p. 138), o trabalho pode ser compreendido, de forma genérica, como a capacidade de transformar a natureza para atender as necessidades humanas: “se concebemos o trabalho em seu sentido original – como produtor de valores de uso – como forma ‘eterna’ que se mantém através das mudanças nas formações sociais, isto é, do metabolismo entre homem (sociedade) e natureza”.

De fato, o homem transforma o ambiente em que vive através do seu trabalho. Marx (2008) já defendia a centralidade do trabalho na vida humana e na sociedade, sustentando a concepção sobre a determinação histórica dos processos de saúde e doença e seus vínculos com as condições de vida e de trabalho dos trabalhadores. Ao concordar com essa afirmação, Laurel e Noriega (1989, p. 33) dimensiona, de forma objetiva, o relacionamento entre adoecimento mental e trabalho, ao dizer que:

A busca constante para se inserir na lógica do capital para atender à demanda do consumo, acentua o impacto à saúde dos trabalhadores, uma vez que todas as circunstâncias que modificam as condições de produção e de reprodução da vida e do trabalho condicionam novas variáveis no processo saúde/doença [...].

É inegável, portanto, a percepção de que o capitalismo traz consigo uma série de contradições, muitas das quais relacionadas ao mundo do trabalho. Isto porque, ao mesmo tempo em que o trabalho é fonte de humanização, também se caracteriza como construtor de subjetividades e de bem-estar. Assim conforme Antunes (2009a, p. 142), “o trabalho tem,

a prevalência de transtornos psíquicos é maior entre os docentes, quando comparados a outros grupos ocupacionais.

²⁰Em São Paulo, recentemente, o Jornal Estado de São Paulo publicou uma pesquisa com a seguinte informação: “A rede estadual de ensino paulista dá 372 licenças médicas a professores por dia. No ano passado (2015), foram cerca de 136 mil afastamentos médicos concedidos. Dos 220 mil docentes da rede, 48 mil (21,8%) saíram de licença ao menos uma vez. A principal causa de afastamento são transtornos mentais e comportamentais, responsáveis por 27,8% dos casos”. (TOLEDO, L. F.; VIEIRA, V. O Estado de São Paulo, 24 de março 2016: Disponível em: <<http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,estado-da-a-professores-372-licencas-por-dia-27-por-transtornos-mentais,10000022938>>. Acesso em: 15 out. 2016).

portanto, quer em sua gênese, quer em seu desenvolvimento, em seu ir-sendo e em seu vir-a-ser, uma intenção ontologicamente voltada para o processo de humanização do homem, em seu sentido mais amplo”; entretanto, pode ser instrumento de exploração e de dominação do homem (ANTUNES, 2005, 2009a, 2009b; ALVES, 2011, 2013; MÉSZÁROS, 2007, 2011).

Ferretti (2012, p. 51) esclarece essa ambivalência do trabalho: “o contraditório desse processo é que ele desempenha, de forma simultânea, um papel humanizador e desumanizador”. E o autor complementa: “é humanizador porque promove o aumento progressivo de sociabilidade humana. Por outro lado, o mesmo trabalho é determinado pela produção de mercadorias, promove a reificação, das relações sociais” (FERRETTI, 2012, p. 52).

Nesse sentido, sob a ótica do capital o trabalho não foca, necessariamente, os valores de uso, mas sim os de troca, gerando consequências para a sociabilidade humana, podendo degradar o trabalhador e aliená-lo em seu processo histórico. Marx (2008) explicou que o trabalhador decai à condição de mercadoria e sua miséria está em razão inversa da magnitude de sua produção.

Antunes (2009a) discute a perda do sentido do trabalho na sociedade atual e propõe uma nova estrutura de trabalho, cujo elemento mais perceptível é seu desenho multifacetado, em que coexistem “precarização e qualificação, instabilidade e desemprego, labuta intelectual e esforço manual”. Assim, o autor oferece uma concepção ampliada de trabalho, explorando a hipótese de que uma nova morfologia do trabalho significa também uma nova morfologia das lutas sociais globais e locais.

Os estudos e discussões atuais sobre a categoria trabalho, no contexto da crise estrutural e global do capital, evidenciam intensa preocupação com a crescente precarização e deterioração das condições laborais, tanto dos trabalhadores em geral quanto os do contexto da educação. Em relação a estes últimos os autores citam: desvalorização do trabalho, baixos salários, múltiplos empregos, formação deficiente, postura corporal inadequada, exposição a ruídos, comportamentos agressivos de alunos, infraestrutura precária e carência de recursos materiais e humanos que acentuam a sobrecarga de trabalho desses profissionais (GONTIJO ET AL.2013).

Os teóricos Mézáros (2007; 2011); Alves (2011); Antunes (2006, 2009a, 2013a); e Gaulejac (2007) associam formas de adoecimento do trabalhador à nova forma e gestão

promovida pelo sistema capitalista regido pelo modelo *toyotista*²¹ a partir da crise estrutural do capital. De acordo com Moraes (2012), Gaulejac (2007) refere-se à doença social mencionada no título de sua obra “aos paradoxos criados por esse formato de gestão e ao acobertamento da violência simbólica pelas novas regras do trabalho flexível”. Ainda segundo a análise de Moraes,

Os problemas sociais e os conflitos são transferidos para o plano individual e são tratados como distúrbios pessoais. Por outro lado, o fracasso abre uma ferida narcísica, estigmatiza o perdedor como um peso social, pois já não é permitido ser limitado. O método de quantificação da qualidade opera pela desqualificação do que é humano, pela ameaça de avaliação negativa, culpabilizando os desempregados, os precarizados e os assalariados por sua insuficiência e inaptidão para alcançar metas inacessíveis (MORAES, 2012, p.288).

Esses estudiosos consideram que a crise estrutural do sistema capitalista, cujos efeitos atingiram os países capitalistas centrais em meados da década de 1970, tendeu a impulsionar, principalmente nas décadas seguintes, e engendrou uma série de transformações sócio-históricas que envolveram as mais diversas esferas do ser social capitalista, desencadeando, assim, processos de sofrimento e de adoecimento de trabalhadores (LOURENÇO; NAVARRO, 2013; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Alves (2011, p. 129) entende que “o capitalismo manipulatório levou à exaustão os recursos de manipulação das instâncias intrapsíquicas do homem”. E o autor utiliza o conceito de “captura da subjetividade” para explicar o “nexo essencial” que garante essa relação: o

²¹“Modo de organização do trabalho e gestão de produção, denominado “modelo japonês”. (Alves, 2011, p. 19). O *Toyotismo*, ou acumulação flexível, é um modo de produção que sucedeu o *Fordismo* a partir da década de 1970. Esse modelo industrial foi aplicado inicialmente no Japão em virtude das limitações territoriais existentes naquele país, que é extremamente dependente da importação de matérias-primas e dispõe de pouco espaço para armazenar os seus produtos. O Toyotismo é caracterizado por romper com o padrão fordista de produção em massa, que se destacava pela estocagem máxima de matérias-primas e de produtos maquinofaturados. Com esse novo modo de produção, a fabricação passou a não prezar mais pela quantidade, mas pela eficiência: produz-se dentro dos padrões para atender ao mercado consumidor, ou seja, a produção varia de acordo com a demanda. Com isso, foi implantado o sistema *just-in-time* (em tradução literal: “em cima da hora”). Nesse sistema, a importação das matérias-primas e a fabricação do produto acontecem de forma combinada com os pedidos dos consumidores, com prazo de entrega a ser cumprido. Dessa forma, a oferta de produtos nunca será maior do que a demanda, o que acarreta a diminuição dos produtos em estoque e dos riscos da queda de lucros dos investidores. À medida que a implantação do sistema toyotista foi se ampliando no mundo do mercado industrial, mais notória foi a desregulamentação das condições e dos direitos trabalhistas. Ao contrário do fordismo, em que um trabalhador realizava somente uma única função, agora um mesmo trabalhador é responsável por funções diversas, executando-as conforme as necessidades da empresa. Em razão dessa flexibilidade, o toyotismo passou a ser chamado também de acumulação flexível. Além disso, observou-se um aumento das terceirizações no processo de produção, pois se tornou mais barato pagar outra empresa para fazer um determinado serviço do que uma única corporação comandar todo o processo produtivo. Isso ampliou o aumento do desemprego e da formação do exército de reserva de trabalhadores, proporcionando a diminuição média dos salários e o aumento da precarização do trabalho”. (PENA, 2015). Disponível em: <<http://brasilescola.uol.com.br/geografia/toyotismo-acumulacao-flexivel.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

modo de organização e gestão do trabalho, o *toyotista*. Esse sistema, diz o autor, busca monopolizar conhecimento, capacidades, atitudes e valores necessários para que os trabalhadores possam intervir na produção, não apenas produzindo, mas agregando valores.

O espírito desse modelo de gestão, conforme Alves (2011, p. 154), está inscrito no discurso da “nova pedagogia”, na qual o indivíduo é educado para atuar competitivamente, considerando, principalmente, a tríade: “saber-fazer, saber usar e saber comunicar”. E acrescenta que o processo de ‘captura’ da subjetividade tende a dilacerar e estressar não apenas a dimensão física da corporeidade viva da força de trabalho, mas também sua dimensão psíquica e espiritual, que se manifestam por sintomas psicossomáticos. Para Alves, “o *toyotismo* é a administração *by stress*”.

O termo *stress*, segundo Alves (2011), surgiu na década de 1930 no ápice de desenvolvimento *fordismo-taylorismo*, a partir da crise estrutural do capital, momento em que aumentou o número e se intensificaram os agentes estressores, no entanto, foi a:

[...] partir da crise estrutural do capital e do desenvolvimento do novo complexo de reestruturação produtiva, com o processo de precarização do trabalho e a constituição produtiva, com o processo de precarização do trabalho e a constituição do sociometabolismo da barbárie e que a quantidade de agentes estressores se multiplicou à exaustão. O estresse é o sintoma crucial da “subjetividade em desefetivação”. Aliás, a “captura” da subjetividade pela lógica do capital, nexo essencial do *toyotismo*, como agente estressor da mais alta intensidade, em virtude da sua intensa mobilização da subjetividade humana (consciência, pré-consciência e inconsciência) pelas novas formas de pagamento e o trabalho em equipe (ALVES, 2011, p.154).

Outros autores, entre os quais Bourdieu (1998); Enriquez (2006); Seligmann-Silva (2011); Ehrenberg (2010); Sennett (2012) concordam que a saúde do trabalhador sofre danos impactos devido à desregulamentação, à flexibilização e à precarização do trabalho. Na compreensão desses autores, o “culto à alta *performance*”, “o enaltecimento da flexibilidade” e a “nova forma de gestão” do capital são tão intensos que muitos chegaram a confundir o novo paradigma com a ilusão fascinante de uma liberdade total que sempre fora almejada. Nesse sentido, a flexibilidade passou a implicar mudança permanente e continuada, evocando fluidez e a impossibilidade de compromissos e de relações duráveis.

Bourdieu (1998, p. 124) reforça essas considerações quando afirma que “a precariedade se inscreve num modo de dominação de tipo novo, fundado na instituição de uma situação generalizada e permanente de insegurança, visando obrigar os trabalhadores à submissão, à aceitação da exploração”. E o autor propõe o conceito de *flexploração* para explicar os efeitos da nova forma de gestão capitalista, como expressa o texto a seguir:

Essa palavra evoca bem essa gestão racional de insegurança, que, instaurando, sobretudo, através da manipulação orquestrada do espaço da produção, a com concorrência entre os trabalhadores dos países com conquistas sociais mais importantes, com resistências sindicais mais bem organizadas – características ligadas a um território e a uma história nacionais – e os trabalhadores dos países menos avançados socialmente, acaba por quebrar as resistências e obtém a obediência e a submissão, por mecanismos, aparentemente, naturais, que são por si mesmos sua própria justificação (BOURDIEU, 1998, p. 125).

Bourdieu (1998) considera que “essas disposições submetidas, produzidas pela precariedade são a condição de uma exploração cada vez mais ‘bem-sucedida’”. O teórico assegura que a precariedade do trabalho “está hoje por toda parte”, e detalha:

no setor privado, mas também no setor público, onde se multiplicam as posições temporárias e interinas, nas empresas industriais e também nas instituições de produção e difusão cultural, educação, jornalismo, meios de comunicação etc., onde ela produz efeitos sempre mais ou menos idênticos, que se tornam particularmente visíveis [...] (BOURDIEU, 1998, p. 120).

Na concepção desse sociólogo “a precarização afeta profundamente qualquer homem ou mulher exposto a seus efeitos; tornando o futuro incerto” (BOURDIEU, 1998). Produz, portanto, sofrimento social, alcançando muitas pessoas que estão mergulhadas nessas contradições, vividas sob a forma de dramas pessoais, entre as quais ele cita os trabalhadores sociais, destacando as seguintes categorias: assistentes sociais, educadores, magistrados e também, cada vez mais, docentes e professores (BOURDIEU, 1998, p. 9-10).

Gaulejac (2007, p. 15) destaca que essa nova prática de gestão produz *oximoros*²², criando organizações “paradoxantes”, que colocam as pessoas em situações de contradições, por exemplo, “a autonomia controlada”, ou seja, ser autônomo, mas sob muita cobrança do tipo: “você é livre para trabalhar vinte e quatro horas por dia”, “graças às novas tecnologias mais tempo se ganha, menos tempo se tem”. Segundo o autor, todos esses paradoxos colocam as pessoas sob pressão psicológica muito forte.

Gaulejac (2007) faz uma profunda crítica às novas práticas de gerenciamento. Evidencia que “os trabalhadores, nesse sistema, são individualizados”, devido à exigência do alto nível de competição e, por não desenvolverem uma consciência coletiva na busca de mudanças de interesses comuns, acabam recorrendo, com frequência, ao seu “Psi” ou ao seu médico, ao invés de recorrer aos sindicatos. E por sua vez, diz o autor, “os sindicatos

²²O termo *oximoro* vem do grego *oxymorom=arguto+moron=estúpido*. *Oximoro* é uma figura de estilo literário, que reúne duas palavras aparentemente contraditórias ou incongruentes, lado a lado, criando um paradoxo que reforça o significado das palavras combinadas, Exemplo: “Eu Próprio o Outro”, ou nas expressões: “gentileza cruel”; “belo terrível” e “ilustre desconhecido”. Conforme dicionário on-line de língua portuguesa. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/oximoro/>>. Acesso em: jan. 2014.

caminham facilmente numa reação defensiva individual em vez de caminhar para ações coletivas de questionamento do modelo que vivenciam”.

Bourdieu (1998), entretanto, acredita que para combater os efeitos prejudiciais da política de precarização, “a luta é possível, através de uma ação caritativa ou caritativo-militante”, agindo da seguinte forma:

Encorajando as vítimas da exploração, possuidores atuais e potenciais de empregos precários, a trabalhar em comum contra os efeitos destruidores da precariedade (ajudando-os a viver, “aguentar” e a comportar-se, a salvar sua dignidade, a resistir à desestruturação, à degradação da autoimagem, à alienação), e principalmente a mobilizar-se, em escala internacional, isto é, no mesmo nível em que se exercem os efeitos da política de precarização (BOURDIEU, 1998, pp. 125-126).

Dessa maneira, Bourdieu (1998, p. 47) defende que “o trabalho é uma conquista social que se tornou realidade, embora, em certas circunstâncias, ele também possa ser um instrumento de repressão”.

Maurizio Lazzarato (2006)²³, em suas observações sobre a categoria trabalho, apoiado na teoria da neomonadologia de Leibniz (1714) e aperfeiçoada por Gabriel Tarde (2003), constrói suas análises sobre o trabalho no atual contexto do capitalismo como forma de “captura das mentes”. Para o autor, “o trabalho não é o que constitui o mundo, mas é um modo de captura da cooperação entre os cérebros”. Ele sugere a inversão da definição de Marx, dizendo: “o capitalismo não é um modo de produção, mas uma produção de mundos. O capitalismo é uma afetação”. Para esse autor, “a expressão e a efetuação dos mundos e das subjetividades neles inseridas, a criação e realização do sensível (desejos, crenças, inteligências) antecedem a produção econômica” (LAZZARATO, 2006, p. 100).

Para explicar como ocorre essa afetação do capitalismo nos novos processos de subjetividade, Lazzarato (2006, p.106) utiliza o conceito de “modulação da mente”, como ele mesmo explicita:

O capitalismo tenta controlar os mundos virtualmente possíveis através da variação e da contínua modulação. Ele não produz, propriamente, nem sujeito, nem objeto, mas sujeitos e objetos em contínua variação, gerados pelas tecnologias da modulação, que estão, por sua vez, em permanente variação.

Nos países ocidentais, diz Lazzarato, (2006, p. 106), “o controle não passa apenas pela modulação dos cérebros, mas também pela modelagem dos corpos (prisões, escolas, hospitais) e pela gestão da vida”, pois, complementa o autor, “a sociedade de controle

²³Maurizio Lazzarato é um filósofo e sociólogo italiano radicalizado na França, que vem dedicando seus esforços na direção de entender o capitalismo contemporâneo, tendo escrito trabalhos relacionados a temas como trabalho imaterial e capitalismo cognitivo.

recupera e reintegra os velhos dispositivos disciplinares”, já discutidos por Foucault (1975). E o autor assim se manifesta:

O corpo paradigmático da sociedade de controle não é mais o corpo aprisionado do trabalhador, do louco, do doente, mas o corpo obeso (cheio dos mundos da empresa) ou anorético (recusa desse mesmo mundo) que observa pela televisão os corpos mortos pela fome, pela violência e pela sede da maior parte da população mundial. O corpo paradigmático não é mais o corpo mudo forjado pelas disciplinas, mas o corpo e a alma marcados e falados pelos signos, pelas palavras, pelas imagens (os logos das empresas). O que se inscreve em nós de acordo com o mesmo procedimento da máquina de *Na Colônia Penal de Kafka*: gravando suas palavras de ordem na pele dos condenados (LAZZARATO, 2006, p. 106).

No entendimento desse teórico, a economia capitalista contemporânea, na perspectiva empresarial, segue à risca o ciclo de valorização e imprime marcas nas subjetividades dos trabalhadores e consumidores, pois, “a atividade de criação e de efetuação das subjetividades quaisquer é apropriada e comandada pela empresa contemporânea” (LAZZARATO, 2006, p.108). Essa concepção torna-se mais clara quando o autor diz:

O mercado, tal como entende a economia política, não existe: aquilo que chamamos de mercado é, na verdade, a constituição/captação da clientela. Existem então dois elementos essenciais nessa estratégia: a fidelização da clientela e a capacidade de renovar a oferta através da inovação. Nesse sentido, para o autor, captura e fidelização dos clientes significa, sobretudo, capturar a atenção e a memória, capturar os cérebros; constituição e captura de desejos e crenças, constituição e captura de redes. O mercado desaparece, o público se afirma (LAZZARATO, 2006, p, 110).

Com base nessa citação, indubitavelmente surge a pergunta: como se realiza essa captura? Lazzarato (2006) considera que essa apreensão da subjetivação dos trabalhadores ocorre pela ideologia da cooperação dentro das empresas, através das relações de rivalidade e de colaboração e pela empatia, ou seja, “através da assistência recíproca e da colaboração, pela confiança e pela afiliação. em cooperação deve ser um ‘sentir junto’, um ‘se afetar’ junto” (LAZZARATO, 2006, p. 133).

O mesmo autor acrescenta que “a amizade e o sentimento de fraternidade, de compaixão são a manifestação de relação de empatia que é necessário pressupor para explicar a constituição e dinâmica da cooperação dos cérebros” (LAZZARATO, 2006, p. 133). Pelbart²⁴ (2014) ratifica essas assertivas, de forma incisiva e clara, ao alegar que:

²⁴Peter Pál Pelbart é filósofo, ensaísta e professor. Nasceu em Budapeste, na Hungria, mas vive na cidade de São Paulo; professor no Departamento de Filosofia e no Núcleo de Estudos da Subjetividade de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP e coordenador da Companhia Teatral Ueinzz, formada por pacientes psiquiátricos do hospital-dia A Casa. Estudioso da obra de Gilles Deleuze, ele ajuda a discutir o papel do trabalho na sociedade.

O capitalismo não tolera mais sujeitos burros, nem apáticos nem isolados, cada vez mais ele se atrela e depende de requisitos ditos subjetivos. Para trabalhar na televisão, na publicidade, na informática, na moda. Mas talvez isso valha igualmente para o campo da saúde, especialmente, da saúde mental ou da educação ou das artes, por que não. Cada vez mais, se requer a subjetividade de quem trabalha: sua personalidade, mobilidade, autonomia, decisão, comunicação, coordenação, capacidade de administração da própria atividade, de si e dos outros. Num certo sentido, o trabalho pode até ser definido como essa capacidade para ativar e administrar a cooperação produtiva de um coletivo. (Transcrição de trecho da palestra proferida no “Seminário Espaço, Trabalho e História”, realizada no dia 24 de maio de 2014, em Belo Horizonte, registrada em vídeo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Y0HsdnXxcF4>>).

As palavras de Pelbart vão ao encontro do que diz Richart Sennett (2006) quanto ao aspecto da “cooperação”, capacidade relacional demandada na atual forma de gestão do trabalho contemporâneo, porque essa cooperação carrega “traços efêmeros e contingenciais, relacionamentos superficiais e oportunistas”, produzindo, o que Sennett (2012) denomina de a “corrosão do caráter”. Nesse contexto, Pelbart (2014) esclarece:

No domínio produtivo, o capital penetra e mobiliza a subjetividade em escala crescente e nesse sentido ele é invasivo numa medida jamais vista anteriormente [...], ele precisa que essa subjetividade investida e mobilizada funcione em rede, uma espécie de sinergia produtiva. Ele gera, portanto, intercâmbio social e intercâmbio de subjetividades, em outras palavras, a condição do trabalho imaterial é a produção de certas subjetividades em rede [...]. Mas é preciso insistir, a subjetividade não é algo abstrato, trata-se afinal da vida, mas precisamente trata-se das formas de vida, das maneiras de sentir, de amar, de perceber, de imaginar, de sonhar, de fazer, mas também das maneiras de habitar de vestir-se, de se embelezar, de fruir, etc. Se é um fato que a produção de subjetividades está no cerne do trabalho contemporâneo é a vida que aí está em jogo. (“Seminário Espaço, Trabalho e História”, realizado no dia 24 de maio de 2014, em Belo Horizonte, registrada em vídeo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Y0HsdnXxcF4>>).

Ehrenberg²⁵ (2010) analisa os efeitos nocivos da suposta ideologia do sujeito empreendedor, reportando-se a essa “sinergia produtiva” e à produção dessas novas formas de subjetivação estabelecidas pelo mundo do trabalho, com a expressão *culto da alta performance*. Esse teórico discute sobre o modelo de empreendedorismo, praticado pelo sistema capitalista e incutido nas mentalidades, como um modelo heroico, dentro de uma realidade de riscos, rivalidades e competições, como expressam suas próprias palavras:

O empreendedor foi erigido como modelo da vida heroica, porque ele resume um estilo de vida, que põe no comando a tomada de riscos numa sociedade que faz da concorrência interindividual uma justa competição [...]. A ação de empreender é

²⁵Alain Ehrenberg é sociólogo, diretor do Centro de Pesquisa de Psicotrópicos, Saúde Mental e Sociedade (CESAMES) e *Université Paris 5 (CNRS)*; *Centrede Recherche Psychotropes, SantéMentale, Société*; CNRS-INSERM-*Université René Descartes Paris 5*.

eleita como o instrumento de um heroísmo generalizado. É por isso que o sucesso empreendedor é considerado como via real de sucesso. (EHRENBERG, 2010, p. 13)

O referido autor, seguindo essa linha de raciocínio da ideologia do empreendedorismo, indaga:

O que é ser bem-sucedido? E por que o sucesso se refere ao empreendedor? Segundo o autor, ser bem-sucedido, atualmente, nessa perspectiva, é poder inventar seu próprio modelo, desenhar sua unicidade [...]. Ser bem-sucedido é tornar-se si mesmo tornando-se alguém. Ser si mesmo, ser alguém [...]. Como se sabe que se é si mesmo? Diante de quem se reconhece que se é alguém? (EHRENBERG, 2010, p. 50)

Esse teórico reconhece que essas duas perguntas entram em uma relação inédita que assimila, em uma mesma retórica, “a conquista de sua identidade pessoal à da ascensão pública, à busca da autenticidade à da visibilidade”, o que ele denomina de “dinâmica dupla de exteriorização do íntimo”, que seria “publicização” e de incorporação do social sua “privatização”. Para Ehrenberg (2010, p.101), essa dinâmica dupla, paradoxal, forma “a trama da ambição contemporânea”. Na visão do autor, o “espírito de equipe” é a estratégia de comunicação mais conhecida, e na “empresa o sucesso depende da soma dos talentos de cada um, da coesão de todos e da vontade de ganhar”.

Entendo que essas exigências vivenciadas pelo trabalhador no seu cotidiano, nesse processo de mudanças econômicas, sociais e subjetivas, produzem impasses alimentados por essa ideologia da *alta performance*, os quais recaem sobre os trabalhadores nos diversos setores da vida social produtiva, sob várias formas de mal-estar.

Com base nesses aportes teóricos cabe a indagação: de que modo essa ideologia empreendedora chega e atinge os docentes, gerando danos e consequências nocivas para a sua saúde psíquica? Joel Birman (2012) delinea e analisa o modo com que as transformações no mundo contemporâneo, movido pela força do capital e do consumo, vêm ocorrendo em seus diversos níveis sociais, e de que modo incidem no sujeito, buscando apreender as novas formas de mal-estar que acometem a subjetividade do sujeito no contexto atual.

Birman (2012, p.7) considera a contemporaneidade “fonte permanente de surpresa para o sujeito, que não consegue se regular nem se antecipar aos acontecimentos que, como turbilhões, jorram de maneira disseminada ao seu redor”. Esses acontecimentos, segundo o autor,

Se revelam nas mais diversas escalas e dimensões da experiência e são permanentemente perpassadas pela surpresa e pelo improvável. Nos registros da economia, da política, das ciências, das artes e da cotidianidade, o sujeito se choca com o imprevisível, que o desorienta. Assim, podemos dizer que tanto no registro coletivo como no individual, nas escalas local e global, a subjetividade foi virada de ponta cabeça (BIRMAN, 2012, p. 7).

No entendimento de Birman o mal-estar contemporâneo decorre do processo de mudanças no mundo atual, denominado, por alguns teóricos, de: “mundo pós-moderno”, “mundo líquido”, “laços sociais fragmentados”, “desencaixes das relações e dos valores”, “corrosão do caráter”, mundo “anômico” e da “flexexploração” que afeta a subjetividade dos sujeitos. Esse mal-estar gerado por essas mudanças se inscreve, segundo o autor, sob a forma de três registros psíquicos: o do corpo, o da ação e o da intensidade, como ele exprime: “[...] é na prevalência dos registros do corpo, da ação e da intensidade que o mal-estar se faz patente na atualidade, sendo estes que orientam suas descrições, nas quais se particularizam as muitas narrativas clínicas” (BIRMAN, 2012, p. 67).

Birman faz referência a Richard Sennett (2012) que chama a atenção para os efeitos negativos do capitalismo, quando este fragmenta e corrói as qualidades subjetivas dos sujeitos. Sennett, ao advertir sobre esses danos, lança as seguintes questões:

Como se pode buscar objetivos de longo prazo numa sociedade de curto prazo? Como se pode manter relações sociais duráveis? Como pode um ser humano desenvolver uma narrativa de identidade e história de vida numa sociedade composta de episódios e fragmentos? As condições da nova economia alimentam, ao contrário. A experiência com a deriva no tempo, de lugar em lugar, de emprego em emprego. [...] o capitalismo de curto prazo corrói o caráter dele, sobretudo aquelas qualidades de caráter que ligam os seres humanos uns aos outros, e dão a cada um deles um senso de identidade sustentável”. (SENNETT, 2012, p. 27)

Retomando Birman, o autor acrescenta que esse mal-estar pode ser articulado diretamente com:

O violento processo desse mapeamento do mercado de trabalho, produzido pela mundialização, que produz nas subjetividades. Esses trabalhadores obrigados a uma flexibilização e ao extremo da forma de ser de si próprios, para se adaptarem às flutuações do mercado de trabalho, os indivíduos perdem sua espinha dorsal, isto é, o caráter, que como invariante deveria fornecer-lhes uma potência de ser e agir na existência, de forma a se direcionarem no mundo. É nesse turbilhão e vertigem, provocados pela luta desesperada pela vida, que as pessoas perdem seu fio de prumo, esvaziando-se e se despotencializando. (BIRMAN, 2012, p. 122)

Nesse contexto, o trabalhador docente não fica fora dessa realidade contemporânea de trabalho e, além disso, o seu papel social extrapola a mediação do ensino em sala de aula, ampliando-se para além desse espaço, a fim de garantir uma articulação entre a comunidade e a escola (TARDIF; LESSARD, 2014).

O professor, além de ensinar, deve participar da gestão e do planejamento escolar, o que significa maior dedicação e cobrança, aumentando não somente a carga material de

trabalho, mas também, de acordo com Laurell e Noriega (1989, p. 112), cargas psíquicas que geram desgastes psicofísicos dos sujeitos:

As cargas psíquicas, finalmente, têm o mesmo caráter que as fisiológicas à medida que adquirem materialidade através da corporeidade humana [...] e podem provisoriamente ser agrupadas em dois grandes grupos: um, que abrange tudo aquilo que provoca uma sobrecarga psíquica, ou seja, situações de tensão prolongada, e outro, que se refere à subcarga psíquica, ou seja, a impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica. Exemplos das primeiras características do processo de trabalho capitalista podem ser a atenção permanente, a supervisão com pressão, a consciência da periculosidade do trabalho, os altos ritmos de trabalho, etc. Pertencem ao segundo grupo de questões a perda do controle sobre o trabalho ao estar o trabalhador subordinado ao movimento da máquina; a desqualificação do trabalho, resultado da separação entre sua concepção e execução; a parcialização do trabalho, que redundava em monotonia e repetitividade.

As circunstâncias sob as quais os trabalhadores docentes mobilizam suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para alcançar os objetivos da produção escolar continuamente implicam a geração de “mais-valia”, na forma de produção de “mais-trabalho” material e imaterial por parte dos (as) professores (as), gerando sobrecarga dessas capacidades (MENDES, 2008; ALVES, 2011; DANTAS, 2012; SOUZA, 2013).

Dessa forma, entende-se que esses processos de desgaste das capacidades físicas e subjetivas podem ocasionar certas consequências para a saúde do trabalhador docente, considerando-se que as dimensões físicas, cognitivas e afetivas não estão isoladas, mas imbricadas e entrelaçadas com as situações sócio-ambientais e estruturais de trabalho, formando um conjunto complexo de fatores que podem agir simultaneamente para a intensificação do desgaste da saúde do professor.

A literatura indica a depressão, a ansiedade, o estresse e o *burnout*, como as formas mais comuns de adoecimento psíquico dessa categoria de trabalhadores, conforme: Codo (1999), D’Oria (2010), Kehl (2009), Aguiar e Almeida (2011), Dantas (2012) e Alves (2011). Esses autores afirmam que essas doenças promovem maior baixa laboral entre os profissionais docentes. Porém, além dessas doenças, os docentes sofrem no corpo e na alma outras tantas formas de adoecimento, por exemplo, as identificadas nos prontuários clínicos consultados nesta investigação, sobre as quais se discorre no capítulo cinco, na segunda parte desta produção acadêmica.

No âmbito do trabalho docente se fala muito do estresse e do efeito *burnout*, também chamado “síndrome da desistência do educador” ou “síndrome do desgaste profissional”, termo usado para se referir ao desgaste profissional sofrido pelos trabalhadores dos serviços humanos (educação, saúde, administração pública, etc.), devido a determinadas condições de

trabalho que têm fortes demandas sociais (D'ORIA 2010; CARLOTTO, 2002; ROBALINO, 2012).

Para compreender melhor o adoecimento docente, na atual paisagem do mundo do trabalho, caracterizo e discuto algumas das especificidades que me parecem próprias do trabalho docente.

2.2.1 Atributos e distintivos do trabalho docente e suas relações com o adoecimento psíquico

A profissão docente se distingue de outras profissões por algumas características e particularidades próprias. Para tentar compreender o sofrimento e suas formas de adoecimento psíquico é necessário destacar algumas dessas características. De imediato, é senso comum, a inegável relevância do trabalho docente nos planos social, político, cultural e econômico para a sociedade (BARBOSA, 2011; TARDIF; LESSARD, 2014a; 2014b), embora a maioria dos docentes entrevistados se queixe do não reconhecimento da profissão nos campos social e econômico, além, das dificuldades reais socioestruturais e paradoxais com as quais se defronta cotidianamente para o desenvolvimento do seu labor.

2.2.1.1 Anomia, trabalho docente e saúde mental

Para discutir a relação trabalho docente e adoecimento enfrenta-se um grande desafio: investigar as diversas dimensões envolvidas, tanto do ponto de vista da subjetividade do docente quanto das reais condições de trabalho e fatores sociais relacionados e outros específicos da profissão. Langdon (2010) chama a atenção para o entendimento entre as conexões entre trabalho e saúde mental de forma dinâmica, considerando a doença não uma categoria estática, mas um processo de construção sociocultural, ratificando que o episódio da doença visto sob este prisma é resultado das interações e negociações sociais e das subjetividades das pessoas envolvidas. Aguiar e Almeida (2011, p. 15) também se manifestam a esse respeito:

O sofrimento psíquico do professor não pode ser entendido como sendo um fenômeno somente de ordem biológica, de ordem psíquica, subjetiva e relacional. O professor adocece em seu ambiente de trabalho e mescla sua história pessoal com acontecimentos da vida profissional ao vivenciar o exercício do magistério como lugar de sofrimento.

Nessa perspectiva, há a necessidade de analisar o trabalho e suas possíveis relações com as manifestações de sofrimento e adoecimento, em um sentido holístico, compreendendo, assim, as expressões de dor e de sentimentos negativos como manifestações coletivas de um grupo que vive e sente a sua dor, dentro de uma mesma realidade sociocultural (MAUSS, 1981).

Sendo assim, o trabalho como uma categoria analítica sociológica tradicional, mais precisamente em relação à docência, permite que se acentue uma dupla vertente: de um lado, o trabalho como valor positivo, um valor direcionado ao funcionamento da vida social na produção de riqueza; e, do outro, o trabalho que, em algumas circunstâncias, pode ser também fonte de sofrimento individual e social.

Nesse sentido, a intenção, aqui, é de abordar a articulação analítica: trabalho e sofrimento psíquico, pensando sobre as ambiguidades e as expectativas que se mostram frustradas ao longo da trajetória do docente. E, nesse momento, indago: de que modo uma profissão altamente necessária por sua função social de instruir e formar o ser humano, podendo ser potencialmente fonte de satisfação não somente profissional, mas pessoal e emocional, pode, ao mesmo tempo, provocar tanto sofrimento, o que foi constatado nas histórias de adoecimento coletadas? Essa indagação sugere que se reflita sobre o que dizem Tardif e Lassard (2014a, p. 43): “a docência comporta diversas ambiguidades, diversos elementos ‘informais’, indeterminações, incertezas, imprevistos”.

Afora essas ambiguidades, reconhecidamente atreladas à profissão docente, reconhece-se que há certa expectativa moral de quem exerce o ofício de professor, diz Judith Butler (2011). A autora utiliza a noção de “rostro” apresentada por Emmanuel Lévinas²⁶ — “o Eu (*Moi*) diante do Outro é infinitamente responsável” (LÉVINAS, 2009, p. 53) — para analisar a maneira com que os outros (nos) lançam demandas morais que “não pedimos, mas que não somos livres para recusar” (BUTLER, 2011, p. 16).

Assim, além dessas supostas “reivindicações morais” postas aos profissionais docentes, imagina-se que as condições estruturais de trabalho, em grande parte não são adequadas e que a carreira deveria ser valorizada, pois, o docente, mais do que outro

²⁶Emmanuel Lévinas nasceu em 30 de novembro de 1906 na Lituânia, onde completou os estudos secundários. Emigrou para a França, lá realizou sua formação filosófica. Aprofundou-se no estudo da fenomenologia com Husserl e Heidegger. Dedicou-se à cátedra de filosofia nas universidades de *Poitiers*, *Paris Nanterre* e na *Sorbone*. “O enfoque nos problemas essenciais da sociedade faz do pensamento de Lévinas algo novo e original e o torna um autor profético, decisivo no campo da filosofia contemporânea” (COSTA, CAETANO, 2014, p. 196).

profissional, expõe o seu *Rosto* na necessária relação de alteridade e responsabilidade com os alunos, sujeitos em formação.

A partir do exposto, reflito sobre a questão. Se o professor fosse mais valorizado e fortalecido através das políticas educacionais e trabalhistas, talvez, assim, estivesse menos suscetível a problemas relacionados aos contextos de alienação, mecanização do trabalho, adoecimento, precarização da carreira, desvalorização social, entre outros, pois estes aspectos contribuem para desfigurar e expandir o *Rosto* dos professores, conduzindo-o às distintas formas de sofrimento e adoecimento. E novamente reporto-me a Butler (2011, p. 32) quando afirma: “seria preciso escutar o rosto à medida que ele fala em uma outra forma que a linguagem para entender a precariedade da vida que está em jogo”.

Essas reflexões me remetem à noção de anomia, entendida como o resultado da ruptura entre os objetivos individuais culturalmente estabelecidos e os meios socialmente instituídos para alcançar essas metas, conforme o seu entendimento mais contemporâneo (MERTON, 1970). Esse conceito foi introduzido na Sociologia por Durkheim, em seu livro: *Da divisão do trabalho social* ([1893] 2010) e, posteriormente, reformulado, na obra, *O suicídio* ([1897] 2005).

Durkheim trabalha a noção de anomia, com base na constatação do paradoxo existente na sociedade industrial, cujo modelo seria a sociedade francesa de sua época. Para esse autor, a velocidade com que ocorriam as mudanças econômicas levaria à fragmentação social de uma sociedade fundada única e exclusivamente na absoluta liberdade de contrato de trabalho; outras consequências seriam a exacerbação e o desvirtuamento do individualismo, as crises existenciais, o descontrole dos desejos e as permanentes insatisfações, mesmo em situação de êxito (MEIRELES, 2012).

Na atualidade, Robert K. Merton é considerado o autor que mais se ocupou desse tema. Ele se inspirou em Durkheim, porém fez nova reformulação da noção de anomia, enfatizando que algumas estruturas sociais exercem pressão definida sobre certas pessoas na sociedade, gerando uma distância, um paradoxo entre as metas estabelecidas culturalmente e as condições reais para alcançá-las: “a cultura pode ser tal que induza os indivíduos a centrar suas convicções emocionais sobre o complexo de fins culturalmente proclamados, com muito menos apoio emocional para os métodos prescritos para tais fins!” (MERTON, 1970, p. 204).

As narrativas a seguir parecem expressar alguns desses paradoxos entre as metas institucionais preestabelecidas e exigidas do trabalhador docente e suas condições reais de trabalho:

Sobre as condições de trabalho, nas escolas é tudo sucateado, tudo sucateado, se um juiz entra numa sala, um advogado, meu cunhado é advogado, trabalha na AGU²⁷, ele entra na sala dele e se o ar condicionado não estiver prestando, ele vai embora pra casa, até consertar o ar condicionado, na própria Secretaria de Educação, se tem uma sala em que o ar condicionado não está funcionando, eles vão embora, ou eles vão para outro setor e não vão fazer nada, o professor não, se falta energia, ele repõe o horário, se for diurno, ele tem que ficar na sala de aula, no calor, dando aula, se falta, se disser, ah, mas você não tem pincel, mas inventa outra coisa, entendeu? É tudo assim, é tudo sucateado, a gente não tem o mínimo de conforto, aliás, o mínimo de condições, porque você sentar numa cadeira que não é feita para o seu tamanho e você pegar uma mesa de aluno, para destrinchar vários cadernos, livros, para você dar aulas, mas se você não der a aula, você está sendo preguiçoso. E se você reclamar disso, você está sendo mais preguiçoso ainda, você é o preguiçoso, chato. (Profa. Juliana)

Ah! Isso é bem relevante esse aspecto o ambiente de trabalho, não só para o bem-estar do professor como do aluno, que é o conjunto todo que se beneficia de uma estrutura perfeita, não só o professor! Mas, ao longo da minha carreira eu tenho trabalhado em escolas desconfortáveis, ambientes sujos, escolas feias, mal projetadas, quentes, quebradas, sem espaços adequados para desenvolver atividades didáticas adequadas, então, essas constatações, que não é só de uma escola ou duas, a maioria das escolas tem passado por reformas. Atualmente, a minha está em reforma, porque, o ambiente estava insustentável. A gente não aguentava mais trabalhar naquela escola. Então, eles colaboram de forma negativa, tanto para o desempenho do trabalho como para o aspecto psíquico. Todos nós gostamos do belo, pelo menos, a gente trabalha a arte, mostra a arte para o aluno, e o aluno vive em casebres em palafitas, estuda em uma escola extremamente feia, que é o contrário do que a gente mostra na arte. Então, a frustração é tremenda. O reflexo disso ao longo do tempo é notório. Você adocece. Você se sente mal. A autoestima também do professor por trabalhar em um ambiente tão feio, tão insalubre ela é prejudicada. Muito! Quando você diz: Ah eu trabalho num lugar lindo! Você diz: Puxa! Minha escola é horrorosa. Isso reflete terrivelmente, não só no professor como no aluno. Percebo isso ao longo dessa caminhada de trabalho. Dessas lutas [...]. (Profa. Isabela)

Esses relatos denunciam, de maneira clara, algumas ambivalências entre as exigências postas, e muitas vezes impostas perante as condições objetivas do ambiente de trabalho, considerando-se as estruturas oferecidas para efetivar metas definidas e exigidas dos professores no desempenho de suas atividades. A verbalização de Isabela é muito expressiva nesse sentido, quando denuncia na narrativa anterior as condições “desconfortáveis” de trabalho onde tem atuado ao longo da sua trajetória docente, “ao longo da minha carreira eu tenho trabalhado em escolas desconfortáveis, ambientes sujos, escolas feias, mal projetadas, quentes, quebradas, sem espaços adequados para desenvolver atividades didáticas adequadas” (Profa. Isabela).

2.2.1.2 O trabalho docente ultrapassa os tempos formais: “Trabalho fora do trabalho”

²⁷ Advocacia Geral da União.

O trabalho do profissional docente é exercido para além do seu espaço de atuação específica, a sala de aula. Na maioria das vezes, pode ser considerado “um trabalho fora do trabalho” (WEBER, 2009), devido às atividades de planeamento das aulas, correções de atividades, produção de materiais didáticos e pedagógicos, etc. O trabalho do professor não termina quando termina com o seu horário formal na escola. Na maioria das vezes o professor leva para casa a maior parte de suas atividades, quando se compromete com o desempenho de seus alunos. Assim, sua jornada é intensa e extensa. Nem sempre esse trabalho suplementar do professor é reconhecido e ainda poderá ser considerado negativo, dependendo do seu resultado, como assegura Nóvoa (1999, p.105):

O trabalho do professor é sempre apreciado em um sentido negativo. Se o professor faz um trabalho de boa qualidade, dedicando-lhe um maior número de horas, para além das que figuram em seu horário de trabalho, é raro que se valorize esse esforço suplementar; no entanto, quando o ensino fracassa, por vezes devido a um acumular de circunstâncias incontrolláveis, o fracasso personaliza-se imediatamente no professor. Se tudo corre bem, os pais pensam que os filhos são bons estudantes. Se as coisas correm mal, pensam que os professores são maus profissionais.

Desse modo, diz Nóvoa (1999), não é atribuído ao professor o devido reconhecimento pelo seu trabalho e nem são consideradas as horas de trabalho para além de seu horário formal em sala. A esse propósito, alguns professores entrevistados manifestam suas queixas e insatisfações reais. Para alguns deles, essas horas a mais, dedicadas à realização de suas atividades, causam muita fadiga e podem ser fatores que se somam em suas histórias de adoecimento, como expõe claramente o professor Amadeus:

A labuta é muito grande. Sempre fui de sacrificar ou meu final de semana, ou as minhas noites, para chegar às vezes só sete horas em casa, e ficar até [...] chegar só comer alguma coisa, tomar um banho e fazer planeamento para o outro dia. [...].
Aí eu tinha que fazer, eu sacrificava né? Todas as minhas noites ou finais de semana. Sempre assim, se eu não sacrificasse as noites até meia noite, uma hora, eu era obrigado a sacrificar o final de semana, porque eu sempre fui assim, não perfeccionista, mas sempre eu buscava fazer o melhor, sempre eu gostei de produzir muito material e no ensino básico exige muito de ti isso sabe? Eu não gostava muito dessa coisa de quadro, ainda mais com crianças especiais [...] Até hoje gosto de construir materiais. (Prof. Amadeus)

Os relatos de Amadeus e vários outros docentes expressam a necessidade de dedicação de tempo suplementar ao desempenho da profissão como compromisso para a melhor execução. As histórias ouvidas dos entrevistados serão apresentadas no percurso desse trabalho, mais especificamente no capítulo seis, na terceira parte.

2.2.1.3 *Ensinar é lidar com um “objeto humano”*: requer competências cognitivas e afetação emocional

O trabalho sobre e com os outros seres humanos, mediado pelas relações intersubjetivas requer sutilezas específicas: negociação, controle, persuasão, sedução, promessa, etc.. Além dessas particularidades necessárias, Tardif e Lessard (2014a, p. 33) ressaltam que “este trabalho sobre o ser humano evoca atividades como: instruir, supervisionar, servir, ajudar, entreter, divertir, curar, controlar, etc.”. No entendimento desses autores, “essas atividades desdobram-se em modalidades complexas em que intervêm a linguagem, a afetividade, a personalidade”. E acrescentam: “componentes como o calor, a empatia, a compreensão, a abertura de espírito, etc., constituem os triunfos inegáveis do trabalho interativo” (TARDIF; LESSARD, 2014a, p. 33).

Ainda segundo Tardif e Lessard (2014a, p. 34-35), os trabalhadores docentes “se dirigem a pessoas cuja presença na organização com o fim de receber um serviço é obrigatória, visto que os alunos são obrigados a ir para a escola até a idade prevista por lei”. Isto é, para esses autores, em muitos casos os professores realizam um trabalho para clientes (alunos) que não têm o desejo de obter tais serviços. Nessas situações, “os clientes involuntários podem neutralizar a ação dos trabalhadores, porque esses têm a necessidade da participação deles para conseguir fazer seu serviço” (IDEM).

Portanto, considerando-se que, em alguns casos, os alunos são “clientes forçados”, obrigados a irem à escola, dos professores serão exigidos maiores esforços para motivar os alunos, persuadi-los e convencê-los sobre a importância do serviço que estão recebendo e que é para o bem deles. Sobre esse confronto de interesses assim se manifestam Tardif e Lessard (2014a):

A centralidade da disciplina e da ordem no trabalho docente, que os professores se confrontam com o problema da participação do seu objeto de trabalho – os alunos – no trabalho do ensino e aprendizagem. Eles precisam convencer os alunos que a “escola é boa para eles”, ou imprimir às suas atividades uma ordem tal que os recalcitrantes não atrapalhem o desenvolvimento normal das rotinas do trabalho. (p. 35).

Em relação à dificuldade que os professores têm em obter a participação dos alunos, esta parece ser um motivo de provável desgaste emocional, conforme se percebe nas seguintes narrativas dos docentes entrevistados:

É que eu não estou atingindo o objetivo. Eu não estou conseguindo me realizar. Aquele plano que eu queria chegar de aprendizagem, de relacionamento com o ser

humano. Aí eu fico muito. Me dói [...]. Assim, eu fico muito envergonhado de mim mesmo. Culpo a mim mesmo, porque [...] É porque eu queria que você aprendesse [...] Que você tivesse “sede” de aprendizagem, que você fosse uma pessoa que aprendesse [...] Que você se interessasse por aquilo, que não fosse ao grito como eu estou lhe conduzindo, como se fosse um animal. Batendo e tal pra fazer aquilo ali. Eu queria que você viesse de livre e espontânea vontade pelo amor ao conhecimento, pela aprendizagem, aí é esse lado que me dói. (Prof. Paulo)

Comportamento, respeito e apáticos! Apáticos? Não querem saber de nada! Em decorrência disso o professor se sente desmotivado [...] desvalorizado e sofre [...] começa um processo de sofrimento, também, por isso [...] fica estressado, fica desanimado, o que eu estou fazendo da minha vida? Poderia estar fazendo alguma coisa de saúde nessa sociedade [...] eu já pensei até em mudar de área mesmo [...] que seja mais lucrativo [...] que tu vais gostar de fazer outra atividade? (Prof. Luciano)

Porque é o seguinte, a gente atende os alunos, lá na escola, são crianças da periferia, então são crianças que já não têm uma estrutura familiar, vamos dizer assim, que lhe impõe respeito, então eles já não respeitam pai e mãe, imagine o professor na sala de aula [...]. Então ali é uma luta diária, sabe? De aconselhamento, de chamar a atenção, de tentar mostrar pra ele que ele precisa estudar e que ele não pode enveredar pelo caminho do crime. (Profa. Juliana)

A partir dessas falas é possível apreender que o trabalho docente requer afetação emocional, no sentido de mediar e ativar interesses cognitivos e aspectos motivacionais mais profundos para a aprendizagem, uma vez que a razão não se separa da experiência afetiva e não há oposição entre razão e afetos, na visão de Espinosa (2007). O professor lida com múltiplas emoções, comportamentos e sentimentos (hostilidades, raiva, medo, amor, violência, etc.) e, conseqüentemente, essas emoções, muitas vezes ambivalentes, poderão conduzi-lo a alguma forma de sofrimento ou adoecimento, como fica claro nos relatos anteriores, principalmente, na fala do professor Luciano: “Em decorrência disso o professor se sente desmotivado [...] desvalorizado e sofre [...] começa um processo de sofrimento, também, por isso [...] fica estressado, fica desanimado, o que eu estou fazendo da minha vida?”

Como é possível perceber, o trabalho com afetação emocional requer um esforço que vai além das capacidades físicas e mentais, pois exige forte investimento do trabalhador. Como asseguram Tardif e Lessard (2014a, p. 269),

Nesse tipo de atividade, a personalidade do trabalhador, suas emoções, sua afetividade, são parte integrante do processo de trabalho; a própria pessoa com suas qualidades, seus defeitos, sua sensibilidade, em suma, com tudo que ela é, torna-se de certo modo um instrumento de trabalho.

Esse esforço maior investido é inegável, sobretudo porque “ensinar é lidar com um objeto humano” (TARDIF e LESSARD, 2014a, p. 67), exigindo do profissional docente recursos cognitivos e emocionais, como expressam as narrativas a seguir:

O professor tem que se virar nos trinta, sem preparação para trabalhar esses alunos, resulta em estresse para o professor. (Profa. Fátima)

E a gente tendo que estar todo o tempo batendo na mesma tecla, falando a mesma coisa e chamando atenção. Aí gera um estresse, porque quando você chega em casa e você verificar que aquele seu dia não foi nada produtivo, ou pouquíssimo produtivo, gera um estresse muito grande. Então, o professor que se preocupa que tem compromisso, isso afeta muito, que foi o caso que aconteceu comigo: eu ficava altamente estressada de ver que eles não estavam rendendo, não estavam querendo né? E tentava fazer outras coisas, vídeos, aulas, levava para o LIED, tentava fazer, não sei, mas assim, eles não queriam. (Profa. Juliana)

Nós professores temos que ser psicólogos, nós temos que identificar se a criança tem alguma síndrome. Eu nunca fiz isso. Eu sempre disse para as coordenadoras, ‘não me peçam pra fazer isso porque eu não sou profissional qualificada para identificar, não sou’. Então querem que a gente faça isso, às vezes querem que a gente interfira na família, né? ‘Ah porque eu estou separada do meu marido, porque ele não quer que eu fique com a filha’ coisas assim que não é mais da escola e aí às vezes a gente que tem que bancar tudo, ser até mãe, trazer material pra aluno, comprar material. Eu tenho colega que já comprou caderno, que já comprou lápis, entendeu? Eu já cheguei a fazer isso, então a gente acaba, poxa, o médico não faz isso, ele não faz, ele não dá o remédio. O profissional advogado, a gente pra ter uma consulta, para conversar com ele alguma causa, tem que pagar, né? Mas o professor não, se o professor der aula particular, ‘ah, tá muito caro’ mas não sabe o proceder do ensinar, fazer aquela criança entender, tirar do abstrato o concreto. (Profa. Lurdes)

O trabalho docente é, portanto, um trabalho emocional, por ser também um trabalho interativo com outros seres humanos, pelo fato de ultrapassar as capacidades físicas e mentais, requerendo forte investimento afetivo, no qual:

A personalidade do trabalhador, suas emoções, sua afetividade, são parte integrante do processo de trabalho; a própria pessoa com suas qualidades, seus defeitos, sua sensibilidade, em suma, com tudo que ela é, torna-se de certo modo um instrumento de trabalho. (TARDIF; LESSARD, 2014, p. 269)

Esses autores denominam essa habilidade emocional de “tecnologia emocional” e consideram que essa competência se traduz em posturas físicas e maneiras de ser com os alunos, no cotidiano da sala de aula e no conjunto das interações sociais no interior da instituição de ensino.

2.2.1.4 Demandas e exigências ao profissional docente no contexto contemporâneo

Em relação ao conjunto de demandas requeridas dos docentes, Tardif e Lessard (2014b) e Batista (2012) dizem que, a partir das transformações ocorridas no contexto global, após a Segunda Guerra Mundial, mais precisamente a partir dos anos cinquenta, o ensino passou por uma evolução como forma de responder às transformações e às complexidades da sociedade. Segundo esses autores, a sociedade exige das novas gerações “uma formação mais longa, tanto no plano das normas que regem a organização da vida social e o exercício da cidadania quanto no plano dos saberes e competências necessárias para a renovação das funções econômicas” (TARDIF; LESSARD, 2014b, p. 8).

Essas mudanças socioeconômicas forçam novas e rápidas adaptações a novos problemas e desafios, por exemplo:

A expansão extraordinária dos conhecimentos e a profusão das novas tecnologias da informação e da comunicação, a transformação das estruturas familiares e comunitárias, a ascendência das referências culturais e morais, o empobrecimento das crianças em vários países ricos (principalmente os filhos das famílias monoparentais, sob a responsabilidade das mulheres), o pluralismo cultural e o relativismo ético, os comportamentos anômicos e o uso da droga pelos jovens, as mutações do mercado de trabalho, entre outros. (TARDIF; LESSARD, 2014b, p. 8).

Para os autores, esses são alguns dos problemas e desafios que aparecem nesse cenário de transformações sociais, culturais e econômicas, cada vez mais rápidas e de aparência caótica, os quais repercutem diretamente no trabalho docente, transformando tanto as condições de acesso à profissão quanto o seu exercício, além dos percursos da carreira e sua identidade profissional (TARDIF; LESSARD, 2014b).

Com todas essas mudanças que envolvem o desenvolvimento do magistério, “passou definitivamente a época em que bastava conhecer os rudimentos de uma matéria e algumas receitas para controlar alunos, para obter imediatamente o título de professor” (TARDIF; LESSARD, 2014b, pp. 8-9). Atualmente, o trabalho docente, em função das exigências ao mercado de trabalho associadas a todo esse conjunto de transformações socioeconômicas, exige conhecimentos e competências em várias áreas de saberes, entre as quais, dizem Tardif e Lessard (2014b, p. 9), tem-se:

Cultura geral e conhecimentos disciplinares; psicopedagogia e didática; conhecimento dos alunos, de seu ambiente familiar e sociocultural, conhecimento das dificuldades de aprendizagem, do sistema escolar e de suas finalidades; conhecimento de várias matérias do programa, das novas tecnologias da comunicação e da informação; habilidade na gestão de classe e nas relações humanas, etc.

Batista (2012, p. 22) concorda com esses autores e diz que a retórica mais recorrente no âmbito das instituições multilaterais, do Ministério da Educação (MEC) e das organizações patronais está associada à ideologia da empregabilidade, do empreendedorismo e da noção de competências, articulada com os denominados “pilares da educação para o século XXI: saber apreender, saber fazer, saber ser, saber viver juntos, saber sonhar” (DELORS, 1998).

De acordo com Batista (2012, p. 22), a ideologia da educação, voltada para o trabalho visa aquele sujeito preparado para o trabalho, “dotado de capacidades extraordinárias, que possui competência profissional e sabe articular e mobilizar valores, habilidades e conhecimentos para resolver não apenas os problemas rotineiros, mas também os inusitados”. Portanto, diz o autor, “a educação é desafiada a responder às exigências das transformações nos processos produtivos, devendo, então, voltar-se para a formação de um novo perfil de qualificação da mão de obra, onde inteligência e conhecimentos são fundamentais” (BATISTA, 2012, p. 24).

Nesse novo contexto, os profissionais docentes desempenham um “papel fundamental”. Em outras palavras, além da sua própria qualificação para obtenção do perfil desejado por essa ideologia de trabalho, o profissional docente precisará desenvolver capacidades e atitudes próprias para investir na formação de seus alunos a fim de “integrá-los no formato almejado pela ideologia educacional”. Entre essas capacidades e atitudes facilitadoras da aprendizagem dos alunos, estão:

Habilidades de comunicação, capacidade de empatia; espírito de abertura para as diferentes culturas e minorias; habilidades para colaborar com os pais e outros atores escolares, etc.; assim como uma boa dose de autonomia e o exercício de um julgamento profissional respeitoso tanto das necessidades dos alunos quanto das exigências da vida escolar e social (TARDIF; LESSARD, 2014b, p. 9).

Em síntese, o ensino tornou-se um trabalho especializado e complexo, uma atividade que demanda daqueles e daquelas que a exercem, não somente preparo relacionado à área do seu saber, mas a várias outras competências e habilidades, principalmente no campo do humano, lugar onde acontece a sua principal intervenção.

O professor, além de ensinar, deve participar da gestão, do planejamento e do acompanhamento do alunado, o que significa despender maiores esforços, dedicação e cobrança, como menciona Blandino (2008, p.11):

o trabalho dos professores (e assistentes sociais em geral) é muito desgastante, não só intelectual e fisicamente, mas especialmente emocional e psicologicamente porque exige grande capacidade interacional e, portanto, semelhante a todas as formas de trabalho desse tipo, contém um componente discricionário, amplo, inerentemente ansiógeno: o professor é constantemente solicitado nos aspectos mais

problemáticos e críticos, e está sob constante pressão porque a dimensão relacional envolve profunda capacidade de administrar e mediar relações que implicam fina habilidade para tal²⁸. (Tradução minha).

Assim, as circunstâncias sob as quais os docentes mobilizam as suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para garantir os objetivos da produção escolar podem gerar, de acordo com Tardif e Lessard (2014a), além da sobrecarga de suas funções psicofisiológicas, frustrações e descontentamentos, também uma carga emocional negativa.

2.2.1.5 A escola como cenário do trabalho docente e lugar de ações da “microfísica do poder”

A escola, entendida como lugar de docência, conforme Tardif e Lessard (2014a) é produto de uma evolução histórica bastante longa, que iniciou aproximadamente no século XVI com as “escolinhas de caridade” e os primeiros colégios. Entretanto, foi somente no final do século XVIII que essa nova organização social se consolidou e se difundiu de fato.

Os autores citados consideram que “os séculos XIX e XX garantiram sua expansão pelo viés da estatização, da obrigatoriedade e da democratização do ensino”, e que “a escola, através dos séculos, conservou uma organização básica, relativamente estável, sobre a qual veio lentamente instalar-se uma administração e uma burocracia cada vez mais pesadas e onipresentes” (TARDIF; LASSARD, 2014a, p. 56).

Por sua vez, Foucault (2006) diz que, inicialmente, a colonização do poder disciplinar ocorreu principalmente sobre a juventude, ainda no período medieval, através de comunidades religiosas. E que essa forma de poder foi se expandindo para várias instituições sociais — quartéis, prisões, hospitais, escolas, etc. Esse estilo de poder, diz Foucault, foi se ampliando e contaminando vários campos do tecido social. No século XVIII com a construção do Homem, a escola, a partir desse momento histórico, pôde ser definida como um lugar de profusão e conexão dos poderes e saberes, onde esses se articulavam na produção do sujeito moderno (FOUCAULT, 1975, 2006).

²⁸Texto original: “Il lavoro degli insegnanti (e degli operatori social in genere) è molto impegnativo, non solo intellettualmente e fisicamente, ma soprattutto emotivamente e psicologicamente poichè é un lavoro ad alto tasso relazionalità e, quindi, come tutti i lavori di questo tipo, há um’ampia componente discrezionale che è intrinsecamente ansiogena: i’insegnante si trova continuamente sollecitado negli aspetti píu problematici e critici, e dè costantemente sotto tencione perchè la dimensione relazionale coinvolge in profondità che la deve gestire e presidiare in quanto richiede e implica una stretta vicinanza”. Blandino (2008, p. 11).

Sob a visão desse filósofo, a instituição escolar exerce um olhar *panóptico* nos dias atuais, em que a direção administrativa e pedagógica pode exercer um controle de vigilância sobre a maioria das movimentações no espaço escolar: quem anda nos corredores, quem sai da sala de aula, etc. Assim, diz Foucault (1975, p. 174), a escola torna-se “[...] um espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde os indivíduos estão inseridos num lugar físico onde os menores movimentos são controlados, onde todos os acontecimentos são registrados [...]”. Desse modo,

O poder disciplinar exercido através da configuração arquitetônica e, da mesma forma, o controle da diretoria sobre o professor e o aluno através do “olhar panóptico” demonstra de forma veemente como a disciplina faz “[...] funcionar o espaço escolar como uma máquina de ensinar, mas também de vigiar, de hierarquizar, de recompensar” (FOUCAULT, 1975, p. 134).

A escola apresenta-se como lugar privilegiado, específico e legitimado para a validação do saber. É o espaço no qual, através do ato de educar, os sujeitos são extraídos de seu estado de “selvageria”, na visão de Foucault (1975). A escola é posta na condição de instituição disciplinar, principalmente, quando são criadas, nos séculos XVII e XVIII, as denominadas “disciplinas”, que “funcionam cada vez mais como técnicas que fabricam indivíduos úteis” e apresentam-se com o objetivo de transformar a criança em um corpo dócil e útil ao corpo social” (FOUCAULT, 1975, p. 174).

Na percepção de Foucault, a escola foi concebida para disciplinar e governar os sujeitos. Munida de métodos sutis de coerção que agem de forma indireta sobre as subjetividades dos escolares, sobre suas ambições, vontades desejos e comportamentos, disciplinando-os, permitindo-lhes uma *pseudo* autonomia para escolhas, embora as normas de governamentalidade os aprisionem. Assim, como assegura também Veiga-Neto (2001, p. 109).

A escola moderna é o *locus* em que se dá de forma mais coesa, mais profunda e mais duradoura a conexão entre poder e saber na Modernidade. [...] funcionando, assim, como uma máquina de governamentalização que consegue ser mais poderosa e ampla do que a prisão, o manicômio, o quartel, o hospital.

Dessa forma, a escola, sob a ótica desses autores, torna-se um espaço de governo da alma dos sujeitos, operando a partir de sua subjetividade. A construção da subjetividade operacionalizada na e pela instituição escolar parece ser um aspecto inegável, porque a identidade humana constitui-se, também, a partir dos processos educativos no âmbito escolar. Bourdieu e Passeron, na obra *Reprodução* (1982), apresentam a educação e a escola como lugar de reprodução de desigualdades sociais e culturais.

Todo sistema de ensino (SE) institucionalizado deve as características específicas de sua estrutura e de seu funcionamento ao fato de que lhe é preciso produzir e reproduzir, pelos meios próprios da instituição, as condições institucionais cuja existência e persistência (autorreprodução da instituição) são necessárias tanto no exercício de sua função própria de inculcação quanto na realização de sua função de reprodução de um arbítrio cultural do qual ele não é o produtor (reprodução cultural) e cuja reprodução contribui para a reprodução das relações entre os grupos ou as classes (reprodução social). (BOURDIEU; PASSERON, 1982, p. 64).

Veiga-Neto (2006, p. 34), apoiado nas ideias foucaultianas, parece concordar com o pensamento de Bourdieu e Passeron quando afirma: “a partir do século XVII a escola constituiu-se como a mais eficiente maquinaria encarregada de fabricar as subjetividades”, ao passo que, hoje, “boa parte da subjetividade operada na e pela escola [...] ou se deslocou para o espaço social mais amplo ou, mesmo ainda ocorrendo no espaço escolar, deixou de contar com aquele tipo de poder e aquelas práticas (como tecnologias) para a fabricação de sujeitos”.

Sob esse prisma, a escola é considerada um lugar aparelhado, socialmente separado de outros ambientes da vida social e cotidiana, com distintivos organizacionais que influenciam o trabalho de seus agentes. Segundo Tardif e Lassard (2014a, p. 55), “a escola não é apenas um lugar físico, mas também um espaço social que define como o trabalho dos professores é repartido e realizado, como é planejado, supervisionado, remunerado e visto por outros”. Para esses autores, a escola também:

[...] é o produto de convenções sociais e históricas que se traduzem em rotinas relativamente estáveis através do tempo e, sobretudo, é um espaço sócio organizacional no qual atuam diversos indivíduos ligados entre si por vários tipos de relações mais ou menos formalizadas, abrigando tensões, negociações, colaborações, conflitos e reajustamentos circunstanciais ou profundos de suas relações (TARDIF; LASSARD, 2014a, p. 55).

O ambiente escolar, de acordo com as concepções dos autores citados, também se caracteriza por “tecnologias particulares” compostas por programas, disciplinas, matérias, discursos, ideias, objetivos, ideologias, etc. Essas são realidades, em primeiro lugar, cognitivas ou discursivas, com as quais os docentes devem agir e lidar para atingir seus fins.

Os objetivos do trabalho docente são amplamente “simbólicos”, e, portanto, “materialmente intangíveis” segundo a opinião dos autores analisados, pois “elas tratam de concepções socioculturais da criança, do adolescente e do adulto, ou seja, de como eles devem ser, fazer e saber enquanto membros educados (socializados e moralizados) e instruídos de uma determinada sociedade” (TARDIF; LASSARD, 2014a, p. 55).

A escola é um espaço político, no qual a organização do trabalho se caracteriza pela complexidade, burocratização e por regras administrativas que regem as relações de trabalho

associadas às estruturas políticas macro-organizacionais. Essas estruturas políticas parecem constituir-se como fundamento que orienta, dirige e exerce determinado impacto sobre as ações do profissional docente em sala de aula. E, afirmam Tardir e Lessard (2014a, p. 56), “todos esses fenômenos organizacionais, formais e concretos, gerais e particulares afetam profundamente o trabalho docente, sua atividade e seu *status*, sem falar da sua experiência da profissão”.

Penso, também, a escola como um espaço político-ideológico. E na qualidade de instituição educacional essa escola é orientada por dispositivos e reformas políticas saturadas por ideologias, principalmente as fixadas a partir dos anos de 1990, associadas à racionalidade capitalista-neoliberalista que estabeleceu certas demandas aos professores, influenciadas pela cultura do alto desempenho (EHRENBERG, 2010; HAN, 2015). Assim, declara Alves (2013, p.126), “no novo ambiente social da década neoliberal proliferaram valores, expectativas e utopias de mercado, impregnados de individualismo liberal que aparece como novo pragmatismo”. Batista (2012, p. 32-33) ratifica a ideia, dizendo:

Portanto, sob o capitalismo manipulatório, em sua fase globalizada, a reforma da educação edificou uma estrutura fundada nos pressupostos do neoliberalismo, cujas recomendações das instituições multilaterais trouxeram consigo uma ossatura conceitual capaz de articular os elementos necessários à preservação e à conservação da realidade social de acordo com os interesses do capital. Com os ideólogos do capital em solo nacional souberam conduzir um processo de captura de corações e mentes dos educadores desavisados, que aderiram às ideias e aos valores responsáveis por nortear a educação por meio do esvaziamento do debate consequente.

Dessa forma, entendo que, a partir dessa ótica neoliberal do trabalho, valores e conteúdos educacionais foram deslocados para subsidiar a artificiosa prática de formação dos jovens para o mundo do trabalho, fazendo do profissional docente mais uma ferramenta nessa maquinaria da produção do capital.

Assim, o trabalho docente também passou a ser orientado pela cultura da produção e do alto desempenho. Para tanto, foram utilizados a exploração das subjetividades, o trabalho imaterial e a responsabilização do docente para alcançar as metas estabelecidas pelo sistema educacional, subservientes à ideologia do mercado de trabalho. Compreende-se, assim, que, em decorrência desses processos de construção de novas subjetividades orientados para o sistema de produção e mediados pelo trabalho imaterial docente, esses processos também capturam as subjetividades docentes podendo assim desenvolver distintas formas de sofrimento e, ao mesmo tempo, desfigurar o *Rosto* do professor (LEVINÁS [1961],1988; BUTLER, 2011).

Neste capítulo fiz uma discussão teórica envolvendo os modos de gestão atuais no mundo do trabalho e adoecimento, no próximo capítulo apresento alguns elementos para me ajudar a entender como esse sofrimento se encontra com o saber médico e com as vivências dos professores. Para tanto, faço um recuo sobre a noção de saúde e doença mental, com o objetivo de compreender o modo com que a doença mental era tratada, em outras épocas, o que me ajudou a situá-la, hoje, na propalada moderna época da atenção psicossocial.

3 A SAÚDE, DOENÇA MENTAL E FORMAS DE CUIDADOS: PARA SITUAR A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

“Compreender a saúde mental no que tem de construção social é então compreender o humano na dimensão simbólica-cultural que organiza as formas de ser e de estar no mundo com os outros”. (ALVES, 2011, p. 15)

O objetivo desse capítulo não é fazer uma história da arte, mas pontuar elementos da captura do sofrimento e do adoecimento psíquico pelas estratégias do poder médico psiquiátrico e tentar entender como essa captura do sofrimento se relaciona com a captura da subjetividade docente pelo poder da medicalização. Portanto, faço um esforço para discutir o modo com que os professores se deparam com o saber médico, que será identificado nas narrativas, inserindo, aqui, alguns elementos para entender melhor como ocorre o encontro desse sofrimento com o saber médico e com as vivências dos professores.

Para tanto, julgo importante fazer um recuo sobre a noção de saúde e doença mental, buscando compreender de que modo a doença mental e as diferentes épocas me auxiliam a situar as modernas épocas da atenção psicossocial. Discuto também algumas práticas de cuidados adotadas pelas pessoas em sofrimento psíquico nos diferentes contextos históricos, tendo como eixo principal a atenção psicossocial. Assim, parto das seguintes questões: como se chegou às práticas de cuidado da atenção psicossocial e quais as ideologias médicas relacionadas à saúde e doença mental?

Faço algumas reflexões sobre as diferentes formas de nomeação e de objetivação da doença mental e como cada época produziu suas configurações. Com esse propósito procuro mostrar algumas interpretações sobre a doença mental, em seus diferentes contextos históricos. Sendo assim, empenhada em entender como as formas de atenção psicossocial que se desenvolveram para dar conta da doença mental, e visando compreender como o mal-estar foi captado e cuidado pelo saber e poder médico da atenção social, pergunto: de que modo o sofrimento mental e as narrativas docentes entram nessa história?

Com a intenção de caracterizar a Rede de Atenção Psicossocial do Amapá (RAPS), faço uma breve apresentação da Rede Nacional de Atenção Psicossocial antes de me debruçar, especificamente, sobre o contexto empírico da investigação, a Casa do Professor, que se localiza dentro da lógica da atenção psicossocial, embora não faça oficialmente parte da rede de saúde, mas trabalhe articulada com esta.

No conjunto, transporto algumas discussões sobre saúde mental e atenção psicossocial; também apresento alguns dados sobre a saúde mental e o funcionamento dos

serviços de atenção psicossocial no estado do Amapá, a fim de construir uma visão crítica sobre os dispositivos de cuidados, com o intuito de entender até que ponto esses serviços favorecem a recomposição da saúde psíquica de pessoas submetidas a esse tipo de tratamento.

Inicialmente, parto de uma discussão sobre as noções de saúde e doença mental em uma abordagem socioantropológica e também de outros campos de saberes, na perspectiva inter e multidisciplinar, buscando compreender como essas áreas de conhecimento me ajudam a perceber o fenômeno do sofrimento e do adoecimento psíquico. Para tanto, privilegio os autores Helman (1994); Fátima Alves (2011, 2013); Kleinman (1978, 1980, 1988); Duarte (1998); Gaulejac (2012); Goffman (1974, 2004, 2007), Foucault (2006, 2011, 2012, 2014); Barus-Michel (2002), mas também: Amarante (1995, 2000, 2007); Birman (1978, 1980, 2012); Canguilhem (2009); Bastide (1967), Thomas Szasz (1979, 1980), entre outros.

3.1 O conceito de saúde e doença mental: perspectivas socioantropológicas

“O que é doença é desejar com igual intensidade o que é preciso e o que é desejável, e sofrer por não ser perfeito como se se sofresse por não ter pão. O mal romântico é este: querer a lua como se houvesse meio de a obter”.
(FERNANDO PESSOA, 2015, p. 33)

Início este tópico com alguns questionamentos propostos por Thomas Szasz, na obra *O mito da doença mental* (1979), que me parecem muito pertinentes ao que abordo nesse momento da Tese e que me ajudam a pensar sobre o meu objeto em estudo.

O que é doença? Quais as tarefas aparentes e quais as tarefas reais dos médicos? Que é doença mental? Quem define o que constituem doença, diagnóstico e tratamento? Quem controla o vocabulário da medicina e da psiquiatria, e os poderes do médico psiquiatra e do cidadão-paciente? Alguém tem o direito de chamar a si próprio de doente? Teria um médico o direito de dizer que uma pessoa está mentalmente doente? Qual a diferença entre uma pessoa que reclama de dor e uma que se diz doente? (SZASZ, 1979, p. 8).

Estudiosos de diferentes proveniências culturais e abordagens buscam pensar diversamente sobre a noção saúde e doença: Hegenberg (1998); Laplantine (1991); Canguilhem (2009); Canesqui (2003); e de doença mental: Szasz (1979; Kleinman (1978); Duarte (1998); Freud [1930], 2010; Fátima Alves (2011); Scliar (2007).

Poderia, aqui, elencar múltiplos conceitos nesse sentido, sob diferentes perspectivas e contextos. Porém, como reflexões iniciais, me reporto aos trabalhos de Moacyr Scliar²⁹ (2007)

²⁹Médico e especialista em Saúde Pública, doutor em Ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e professor de Saúde Coletiva na Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre. Escritor, autor de mais de 80 livros, uma obra que abrange vários gêneros: ficção, ensaio, crônica e literatura juvenil. Muitos destes foram publicados nos Estados Unidos, França, Alemanha, Espanha, Portugal, Suécia, Argentina,

e de Hegenberg (1998), os quais apresentam e analisam os conceitos de saúde e doença e suas relações com o contexto histórico, cultural, social, político e econômico. Eles discorrem sobre a evolução histórica da compreensão da noção de saúde e doença em diferentes espaços culturais e épocas. Scliar refere que as possíveis variações de concepções, de saúde e doença podem estar atreladas a diversos fatores e valores, afirmando:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito (SCLIAR, 2007, p. 30).

Canguilhem (2009, p.38) defende a ideia de que a saúde e a doença não são duas noções que diferem essencialmente, como muitos pensaram ou ainda pensam. Ele diz que “é preciso não fazer da saúde e da doença princípios distintos, entidades que disputam uma à outra o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas”. O autor considera que entre essas duas maneiras de ser há apenas diferenças de grau, como “a exageração, a desproporção, a desarmonia, dos fenômenos normais constituem o estado doentio”.

Duarte (1998) lembra que “a experiência da 'doença', da 'enfermidade', do 'sofrimento', da 'aflição', da 'perturbação', do 'mal-estar', é universal”, independente de seus recortes e denominações linguísticas e culturais específicas, como as definições feitas na língua inglesa que buscam diferenciar o conceito de doença sobre as formas de: *sickness*, *disease*, *illness* e *distress* (DUARTE, 1998, p. 11). Na perspectiva desse autor, “a doença é a experiência de uma disrupção das formas e funções regulares da pessoa”. Ele acrescenta que a doença “implica necessariamente o 'sofrimento', quer se o entenda no sentido 'físico' mais restrito, quer se o entenda no sentido 'moral', abrangente” (DUARTE, 1998, p. 13). O autor esclarece, ainda, que,

nas línguas latinas, a categoria 'sofrimento', alternativa à de 'dor', constitui uma dessas formas inevitáveis para lidar com a dimensão entranhada do adoecimento. De um ponto de vista antropológico, no entanto, a gama dos 'sofrimentos' nomeáveis pela experiência humana é muito mais ampla que a sucessão de ideias pelas quais algumas culturas - e, em particular, a ocidental - os entendem como 'doença', ou seja, a ocorrência efetiva de uma disrupção física (o *disease* da antropologia médica norte-americana) ou o reconhecimento culturalmente sancionado de uma forma de evento ou situação disruptiva definida (a *illness*) (DUARTE, 1998, p. 13).

Afora essas considerações, entre os conceitos mais recorrentes e criticados nos textos analisados sobre saúde e doença, localizei o da Organização Mundial de Saúde³⁰ (OMS), construído na ocasião da elaboração dos estatutos dessa Organização, em 22 de julho de 1946. A definição de saúde, no estatuto original da OMS encontra-se sob o seguinte registro: “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, p. 1).

Essa concepção de saúde é bastante questionada, devido, principalmente, às dificuldades de definir o que significa esse “estado de completo bem-estar”. Alguns autores consideram essa forma de conceber saúde uma utopia, entre os quais estão: Segre e Segre, Ferraz (1997); Amarante (2007); Coser (2006). Hegenberg (1998) afirma que, geralmente, toma-se “com naturalidade - de maneira quase axiomática - a afirmação *saúde - ausência de doença(s)*”. Esse autor defende que não é suficiente considerar que “doença' é tudo o que se mostra inconciliável com a saúde: faltando definição de 'saúde', estaríamos caminhando em círculos” (IBID, p. 21).

Já, o conceito de saúde mental, segundo a OMS (2002, pp. 31-32) abrange, entre outras coisas, “o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa”. Na visão da OMS, é quase impossível definir saúde mental de forma completa, caso se a considere uma “perspectiva transcultural”. Entretanto, alega que, “no geral, concorda-se quanto ao fato de que a saúde mental é algo mais do que a ausência de perturbações mentais”. (OMS, 2002, p. 32). Sendo assim, a OMS compreende que a saúde mental, semelhante a outros aspectos da saúde, pode ser influenciada por uma série de fatores socioeconômicos sobre os quais atravessam estratégias globais de promoção, prevenção, tratamento e recuperação numa perspectiva de políticas globais (OMS, 2001, p. 7).

De modo geral, alguns autores consideram que se tem uma concepção de que a doença é uma entidade natural, cujas causas devem ser identificadas e combatidas sob diferentes ângulos, já discutida e problematizada pelas ciências sociais e, principalmente, pela sociologia e a antropologia da saúde, conforme Bastide (1967); Laplantine (1991); Kleinman (1988); Helman (1994); Alves e Minayo (1994); Cicourel (2002); Duarte (1993; 1994; 1998; 2003); Nunes (1999) e Langdon (2010).

³⁰A OMS foi fundada em 7 de abril de 1948, quando 26 membros das Nações Unidas ratificaram os seus estatutos. A qual tem como objetivo garantir o grau mais alto de saúde para todos os seres humanos (OMS, 2001).

Esses diversos autores, ao estudar a forma com que os aspectos socioculturais influenciam a saúde, a doença e os processos de cura, ressaltam que, em todas as sociedades humanas, as crenças, as atitudes e as práticas relacionadas a problemas da saúde são características fundamentais do complexo cultural dos indivíduos e das populações. Para compreender como essas questões se relacionam com as concepções de saúde e doença, destaco a Antropologia Médica como campo de saber definido por Helman (1994, p. 21) como uma área de saber que

trata de como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem se ficam doentes. Também é o estudo de como essas crenças e práticas estão relacionadas com as mudanças biológicas e psicológicas no organismo humano, tanto na saúde como na doença.

Helman (1994, p. 24) chama a atenção para a importância de compreender a influência do “*background* cultural” na vida das pessoas. Esse autor diz que os aspectos “suas crenças, comportamentos, percepções, emoções, línguas, religiões, estrutura familiar, alimentação, vestuário, imagem corporal, conceitos de espaço e tempo, além de atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnio” exercem implicações relevantes nas questões da saúde e na atenção à saúde.

Esse autor adverte, entretanto, para o fato de que as pessoas podem sofrer e adoecer por outros fatores relacionados ao seu cotidiano existencial, entre os quais “discriminações ou perseguições de outras pessoas”. Por isso, na opinião desse autor, é importante evitar “culpar a vítima” ou atribuir como causa de seu estado de saúde exclusivamente a cultura, mas, principalmente, declara Helman (1994, p. 25), deve-se considerar também a situação econômica e social dos indivíduos. Para esse autor, os fatores econômicos, em particular, podem se constituir em causa importante de doenças, pois a pobreza e o desemprego, por exemplo, podem resultar em “uma precária nutrição, habitações superlotadas, vestuários inadequados, estresse psicológico e abuso de álcool”. Para enfatizar esse entendimento, Langdon e Wiik (2010, p. 178) afirmam que “a saúde e a doença são, portanto, construtos sociais que não podem ser estudados de forma isolada”.

A articulação entre saúde e sociedade torna-se possível no momento em que se passa a questionar a definição de doença como fator simplesmente biológico, resgatando-se o lugar da doença, na experiência humana, como fez a antropologia médica (RABELO, ALVES e SOUZA, 1999). Duarte (1998, p.13) relata que a categoria ‘sofrimento’, alternativa à de ‘dor’, nas línguas latinas, constitui uma forma inevitável para lidar com a dimensão do adoecimento.

Pessini (2002, p. 58) afirma que “a doença destrói a integridade do corpo, e a dor e o sofrimento podem ser fatores de desintegração da unidade da pessoa”. Ele define a dor como uma “perturbação/sensação no corpo”. Já, o sofrimento, diferentemente, é considerado um conceito mais abrangente e complexo: “como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça à integridade do eu” (PESSINI, 2002, p. 60), destacando o caráter subjetivo dessas formas de mal-estar. Na opinião desse autor, e dependendo do caso, somente nós podemos senti-los e amenizá-los. Entretanto, a sociedade hodierna busca anestesiá-los para evitar a dor, afirma o autor, pois

vivemos numa sociedade dominada pela analgesia, em que fugir da dor é o caminho racional e normal. À medida que a dor e a morte são absorvidas pelas instituições de saúde, as capacidades de enfrentar a dor, de inseri-la no ser e de vivê-la são retiradas da pessoa. Ao ser tratada por drogas, a dor é vista medicamente como um barulho de funcionamento nos circuitos fisiológicos, sendo despojada de sua dimensão existencial subjetiva. (PESSINI, 2002, p. 57)

Coser (2006, p. 112) parece ir além ao afirmar que na sociedade atual “todos querem ser independentes, autossuficientes, não precisar do outro” e querem, principalmente, “a felicidade ao alcance da mão, se possível com uma pílula”. Isso tudo com o avanço na pesquisa psicofarmacológica e com a produção de novas substâncias sob o discurso da “promessa de prazer, de felicidade, promessa de cura, de uma vida sem frustrações”, veiculado através da mídia e disseminado entre os médicos e especialistas do campo “psi”.

Coser (2006, p. 113) parece ironizar quando diz: “o paraíso pode, finalmente, ser alcançado!”, pois, a descoberta da clorpromazina³¹, como marco da psicofarmacologia moderna, “inaugura a medicalização generalizada da dor de existir” (COSER, 2006, p. 40). Por sua vez, Dantas (2012, p. 21) observa que, a partir dos anos 1980 do século XX, “o discurso sobre sofrimento psíquico impregna a vida cotidiana de maneira inédita, revelando-se objeto de uma preocupação social, política e de saúde mental”. Essa autora elabora um mapeamento,

[...] incluindo diferentes visões psicológicas, sociológicas e antropológicas que discutem, no âmbito das noções de pós-modernidade e de hipermodernidade, bem como seus desdobramentos epistemológicos, ontológicos e éticos sobre o individualismo contemporâneo e sobre o sofrimento psíquico” (DANTAS, 2012, p. 26).

Essa autora destaca e analisa criticamente as principais modalidades de apreensão e de intervenção face ao sofrimento psíquico na contemporaneidade. Ela ressalta que existe “uma

³¹A psicofarmacologia existe desde muito antes, pelo menos desde quando Kraepelin (1982) criou a farmacologia, mas é unânime o reconhecimento de que sua idade moderna inicia com a clorpromazina, conforme Coser (2007, p. 43).

tensão que se articula em torno dos diversos modelos de discursos e de práticas “psi”, que revelam diferentes epistemologias, ontologias e éticas em relação à patologia, a certa ideia de Homem, de sujeito e de psiquismo”, provocando certas dificuldades de ajuste e participação nas políticas de saúde mental (DANTAS, 2012, pp. 26-27).

Já, para Birman (2012, p. 138), “o mal-estar contemporâneo se caracteriza, principalmente, entendida como dor, e não como sofrimento”. Em sua percepção, “a subjetividade contemporânea não consegue mais transformar facilmente a dor em sofrimento”, pois “a dor é interiorizada pelo sofrimento e com ele”. Entretanto, na concepção desse autor, “a dor passou a ser o traço insofismável e inconfundível pelo qual o sujeito se confronta com o mal-estar hoje”. Para melhor elucidar essas ideias, Birman faz uma diferença entre dor e sofrimento:

A dor é uma experiência em que a subjetividade se fecha sobre si mesma, não existindo qualquer lugar para o outro no horizonte do seu mal-estar. A dor é uma experiência eminentemente *solipsista*, restringindo-se o indivíduo apenas a si mesmo, não revelando qualquer dimensão alteritária. A interlocução com o outro fica assim coartada na dor, que se restringe ao murmúrio e ao lamento, por mais intensa que seja a dor em questão [...]. O sofrimento é uma experiência eminentemente alteritária. O outro está sempre presente para o sujeito sofredor, a quem este se dirige com o seu apelo. Daí a presença da dimensão da alteridade, que se inscreve a interlocução no centro da experiência do sofrimento (BIRMAN, 2012, pp. 140-141).

Sarti (2001) e Amarante (2007) concordam com a dimensão subjetiva do sofrer humano. O último autor ressalta que, no campo da saúde mental, o sofrer humano tem recebido várias denominações, tendo-se preferido, no campo da atenção psicossocial, falar sobre “sujeitos ‘em’ sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre em uma experiência vivida de um sujeito” (AMARANTE, 2007, p. 68).

Fátima Alves (2011), com base em um estudo atinente “às racionalidades leigas sobre a saúde mental”, realizado na região Norte de Portugal, faz uma diferenciação entre “sofrimento mental normal” e “sofrimento mental continuado”. Para a socióloga portuguesa da saúde, o sofrimento mental normal decorre de situações comuns da vida, que resulta de adversidades inscritas no curso normal da vida, por exemplo: perdas ou doenças de familiares, amigos, etc. Esse tipo de sofrimento gera impactos imediatos na vida das pessoas, mas são passageiros, não afetam consideravelmente as características pessoais, as funções, papéis e atributos sociais, na vida cotidiana. Já, o sofrimento mental continuado “reflete a maneira de ser da pessoa, que condiciona essa vivência cotidiana do sofrimento – as cismas, as fraquezas, os nervos, etc.” (ALVES, 2011, pp. 135-140).

Pessini (2002) e Hegenberg (1998) consideram que a cura da doença e o alívio do sofrimento, desde o nascimento da medicina, com Hipócrates, são aceitos como sendo as metas fundamentais da medicina. Atualmente, esse campo de saber, embora bem aparelhado para combater a dor, é criticado por Illich (1995), que fala sobre o confisco técnico da dor como algo necessário para o “suporte e crescimento da instituição médica”, como esclarece:

A heteronomia na dor, típica para o consumidor de anestesia, transforma-a em demanda aguda de medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental e outros cuidados impessoais e profissionalizados, como também em suporte político para o crescimento de uma instituição médica, qualquer que seja seu custo humano, social ou econômico (ILLICH, 1975, p. 105).

Segundo a análise desse autor sobre a “expropriação da dor” pela medicina, ele declara: “parece-me que a medicalização progressiva da linguagem da dor, da resposta à dor e do diagnóstico do sofrimento está em via de determinar condições sociais que paralisam a capacidade pessoal de *sofrer* a dor” (ILLICH, 1975, p. 110. Grifo do autor). Já, Pessini (2002, p. 58) refere que, “ao que tange ao lidar com sofrimento, encontra-se ainda num estágio bastante embrionário”. Illich (1975, pp. 107-108) fala sobre as mudanças conceituais para a dor e indica que a dor física pode estar relacionada a outras formas de sofrimento:

A dor mudou de posição em relação à melancolia, à culpabilidade, ao pecado, à angústia, ao medo, à fome, à enfermidade. Novas categorias de males pareceram: a anomalia, a depressão, a alienação, a invalidez. [...]. A dor corporal é indicada por termos que designam também o trabalho penoso, a provação, o aborrecimento, a tortura, a punição, a agonia ou, mais geralmente, a tribulação e a aflição, e significam também doença, indisposição, fadiga, fome, pesar, depressão, tristeza, perturbação, confusão, opressão.

Essas formas de expressões da dor, que o autor relaciona ao “trabalho penoso” — aborrecimento, agonia, aflição, indisposição, fadiga, fome, pesar, depressão, tristeza, perturbação, confusão, opressão, etc. —, aparecem de maneira bastante recorrentes, associadas ao trabalho docente, nas narrativas dos professores e professoras entrevistados e em suas queixas clínicas sobre o adoecimento mental.

Fátima Alves (2011, p. 71) reporta-se aos estudos desenvolvidos por Goffman (1974; 2004) para lembrar que os conceitos de “carreira”, “estigma” e “instituição total” forneceram instrumentos capazes de melhorar o conhecimento sobre pessoas que se tornaram doentes mentais. Segundo essa autora, esses conceitos também permitiram “aceder à forma como essas pessoas com diagnósticos de doença mental desenvolvem estratégias para lidar com a ‘identidade deteriorada’ que resulta dos estereótipos negativos e da reação social adversa”. Na opinião da autora, o estudo da dimensão subjetiva da doença mental também permitiu

“acessar os problemas pessoais e sociais vivenciados pelos doentes”. Nesse sentido, “a pesquisa sociológica abre-se do estudo das estruturas para as experiências subjetivas dos sujeitos”.

Sobre a noção de saúde mental no cenário socioantropológico, Szasz (1979), conforme se mencionou, questiona se existe ou não o que se denomina doença mental e defende a ideia de que a doença mental não existe. O autor afirma que a doença mental não é uma doença no sentido em que a medicina a define pela ausência de substrato orgânico correlato, e considera “o conceito de doença mental cientificamente inútil³² e socialmente prejudicial” (SZASZ, 1979, p. 12). De acordo com esse autor, “a maior parte das pessoas acredita que doença mental seja um tipo de enfermidade, e que a psiquiatria seja um ramo da medicina”, pois, embora “as pessoas se possam considerar doentes, elas raramente se acham e se dizem ‘mentalmente doentes’” (SZASZ, 1979, p. 10). O autor faz lembrar que essa caracterização de “mentalmente doente ou insano” é bem mais provável que seja sugerida por outra pessoa, portanto, eis a razão “porque as doenças corporais são caracteristicamente tratadas com o consentimento do paciente, enquanto as doenças mentais são caracteristicamente tratadas sem o seu consentimento” (SZASZ, 1979, pp. 10-11). Sobre a conceituação de saúde mental, Duarte e Leal (1998, p. 13) afirmam:

as imprecisões e vicissitudes da categoria 'doença mental', criada para abarcar a maior parte das antigas formas da 'loucura' no Ocidente, bem demonstram as dificuldades de se estender a convenção fisicalista da 'doença' para as formas globais do 'sofrimento'.

Para esses autores,

o esforço de relativização antropológica desses fenômenos conduz ainda ao recurso à categoria 'perturbação', herdada da antiga tradição 'médico-filosófica' do Ocidente. Evocar as 'doenças' e os 'sofrimentos' no quadro mais abrangente das 'perturbações' significa admitir que muitas das situações reconhecidas como 'patológicas' em nossa cultura - pelo menos em suas versões mais eruditas ou oficiais - podem ser consideradas 'regulares' em outras, deixando mesmo de implicar qualquer 'sofrimento' peculiar (DUARTE; LEAL, 1998, p.13).

A esse respeito, a sociologia, a antropologia e a etnopsiquiatria advertem sobre a relatividade cultural ao lembrar que a loucura ou a doença mental só existe em determinada cultura se for reconhecida como tal. Nesse sentido, o que é loucura ou doença mental em uma

³²A respeito da “inutilidade” do conceito de doença mental, Szasz (1979, p. 14) justifica, conforme suas palavras: “Gostaria de esclarecer, portanto, que embora eu considere o conceito de doença mental inútil, creio que a psiquiatria possa ser uma ciência. Também creio que a psicoterapia seja um método eficaz de ajudar as pessoas – não para recuperá-las de “doente”, mas para ensiná-las a se conhecerem a si próprias, aos outros, e à vida”.

sociedade pode não ser em outra (BASTIDE, 1967; LAPLANTINE, 1991). Já, na concepção de Foucault ([1961, 2012]; 2006), a doença mental não deve ser considerada um fato natural, mas uma construção social, respaldada por um conjunto de práticas administrativas e médico-psiquiátricas. Esse estudioso, na visão de Fátima Alves (2011, p. 26), ao eleger o estudo da loucura e o doente mental como um de seus objetos de estudo, considerou “um fato inquestionável que a loucura esteve, ao longo das épocas, sujeita, mais que outra doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses econômicos, à história”.

Alves (Ibid) avalia que a loucura desafiou, no decorrer histórico, saberes como os da filosofia, da religião, da ciência; e continua a desafiá-los, constituindo-se, assim, em um campo de interesse interdisciplinar das ciências humanas, devido à sua complexidade e amplitude, como também afirma Duarte (1998, p. 11):

Esse universo abrange atualmente estudos realizados do ponto de vista de muitas ciências humanas. Além [...] da Sociologia, da Antropologia Social e da Ciência Política, ocupam-se dessa área os saberes psicológicos - Psiquiatria, Psicologia e Psicanálise – em maior ou menor compatibilidade com a perspectiva das ciências sociais em sentido estrito – como caso da Psicologia Social – e uma série de disciplinas próximas aos saberes médicos ou biológicos [...] de enorme importância para a compreensão da dinâmica dos próprios estudos sociológicos em torno desse tema [a doença mental].

Observa-se a preocupação interdisciplinar para o estudo das categorias sofrimento e saúde mental sob o olhar das ciências humanas e sociais. Coser (2006) aponta para a necessidade de o saber psiquiátrico abrir-se para “saberes fronteiriços” que podem ampliar e engrandecer o trabalho de colaboração na pesquisa e no tratamento da doença mental e de suas formas de padecimento.

Duarte (1998, p.11); Langdon e Wiik (2010, p. 179) assinalam o crescimento de pesquisadores envolvidos com o estudo desse tema, e também para os diversos tipos de veículos especializados para publicação nessa área, entre os quais: “os Cadernos de Saúde Pública, Revista de Saúde Pública, a Physis - Revista de Saúde coletiva, Saúde e Sociedade, a História, Ciências, Saúde – Manguinhos e o Jornal Brasileiro de Psiquiatria”. Duarte (1998, p.12) defende o estudo da doença mental de forma mais globalizante, pois, para esse autor, a “opção holística permite que os fenômenos da ‘doença’ ou ‘perturbação’ sejam, sistematicamente, associados às perspectivas mais amplas dos estudos de “construção social da pessoa, do corpo ou das emoções”.

Alves, Rabelo, Souza (1999, p. 46) ressaltam que o aparecimento de uma doença mental consiste em uma situação problemática que põe em movimento um complexo processo

social para lidar com ela: [...] “este processo se inicia pelo indivíduo em aflição, na maioria das vezes se desencadeia pelos membros de suas redes de relações [...]. Neste sentido, o aparecimento de um problema mental pode ser pensado tanto como fenômeno individual, quanto fenômeno de rede social”.

Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de compreensão da saúde e doença mental, a partir de uma abordagem multidisciplinar, devendo os olhares ir além da psicologia e das disciplinas da área da saúde. Martins e Fontes (2008, p. 2) dizem que: “[...] a importância de se compreender a saúde como um fenômeno social, produto da vida em sociedade como o são igualmente outros acontecimentos: educação, família, religião, política, economia e lazer”.

No Brasil, nas últimas três décadas do século passado, Martins e Fontes (2000) observam que a construção do saber de fronteira entre a sociologia, a antropologia, as psicologias e as ciências da saúde objetivam uma nova compreensão sobre a relação entre saúde, sociedade e cultura. Essa construção de saberes resulta de iniciativas surgidas fora do campo sociológico, emergindo o sofrimento como tema sociológico relevante, quando se percebe que o mau funcionamento dos mecanismos de socialização interfere diretamente nas representações que os indivíduos fazem de si mesmos e de seu mundo social; sobre o valor dado ao pertencimento coletivo (a uma família, a uma comunidade, a uma nação, a uma espécie humana). Assim, quando as instituições funcionam adequadamente (sejam elas a família, o trabalho ou outras quaisquer), geram bem-estar social, podendo, ao contrário, ao funcionarem inadequadamente, engendrar mal-estar social (MARTINS; FONTES, 2004, pp. 2-3).

Nota-se, então, o empenho da sociologia e da antropologia no estudo dessa temática. Essas áreas de saberes valorizam os aspectos socioculturais para uma compreensão multidisciplinar da saúde e doença. Langdon (1996) entende que Rivers e Ackeknecht³³ foram “os primeiros antropólogos da saúde” e que suas investigações foram relevantes ao estabelecerem o estudo da etnomedicina como objeto de pesquisa antropológica. Eles afirmam ser necessário examinar o contexto sociocultural para compreender o sistema de medicina de uma cultura. Costa e Gualda (2010) também discorrem sobre os diversos pesquisadores no campo da Antropologia que enfatizaram a relevância da presença dos componentes socioculturais no processo saúde-doença.

³³ACKERKNECHT, Edwin. *Medicina e antropologia*. España: Akal. 1985.

Laplantine (1991); Roger Bastide (1967, 2016) e outros estudiosos da etnopsiquiatria e da antropologia médica enfatizam o caráter da pesquisa pluridisciplinar, esforçando-se por incluir um conjunto de conceitos fundamentais, que são os da psiquiatria, o normal e o patológico (CANGUILHEM, 2009), e os da etnologia, as categorias universais da cultura, sendo aprofundado o discurso por Kleinman³⁴(1978) que atentou para a necessidade de reconhecimento cultural e social da disfunção interna para a definição de doença mental e para o fato de que, dentro de uma mesma sociedade, coexistem diferentes sistemas de saúde, o que inclui a multiplicidade de concepções sobre a doença.

Desta maneira, na concepção desses estudiosos, a investigação antropológica pode aprofundar o estudo do sofrimento humano ao reformular a experiência subjetiva de doença, chamando a atenção para processos interpessoais e locais, que permitem que se compreenda o *modus vivendi* das populações, as suas formas de encarar os cuidados de saúde, a doença e a cura, contrastantes, muitas vezes, com o modelo biomédico, lembrando que a existência humana ocorre no social (RABELO, SOUZA, ALVES, 1999), e que, “antes de qualquer coisa, a existência é corporal” (LE BRETON, 2006, p. 7). A esse respeito, Sarti (2001, p. 4) afirma: “o corpo é feito, produzido em cultura e em sociedade” e, acrescenta, que “o corpo não existe fora da realidade social” e que os sentidos atribuídos a este e a dor estão atrelados ao fenômeno sociocultural. E a autora esclarece:

nenhuma realidade humana prescinde de dimensão social, tampouco o corpo ou a dor. A singularidade da dor como experiência subjetiva torna-a um campo privilegiado para se pensar a relação entre o indivíduo e a sociedade. Toda experiência individual inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado. As experiências vividas pelos indivíduos, seu modo de ser, de sentir ou de agir serão constitutivamente referidos à sociedade à qual pertencem. Ainda que traduzido e apreendido subjetivamente, o significado de toda experiência humana é sempre elaborado histórica e culturalmente, sendo transmitido pela socialização, iniciada ao nascer e renovada ao longo da vida.

Dessa forma, Sarti (2001, p. 5) defende que “o social constitui o corpo como realidade, a partir do significado que a ele é atribuído pela coletividade”.

Tendo realizado essas considerações, concordo com Nunes e Pelizzoli (2011, p. 26) quando afirmam que “a doença é um processo complexo, social, existencial, interacional e simbólico, qualquer ação terapêutica que não endosse um olhar amplo de possibilidade, fracassará na sua eficácia”. Para esses autores, a terapêutica de cuidados predominante no modelo biomédico é essencialmente intervencionista, de base alopática ou cirúrgica, no nível

³⁴ Considerado “o pai de uma nova psiquiatria transcultural”, conforme Fátima Alves (2011, p. 77).

da mecânica dos órgãos ou da bioquímica celular, seguindo uma racionalidade instrumental, sob a base epistemológica cartesiana. De acordo com Nunes e Pelizzoli (2011, p. 28),

nem o universo social, de natureza complexa, intencional, ideológica e multifacetada, escapa dessa abordagem, que tenta construir modelos estruturadores de mecanismos de funcionamento e formas de intervenção que, desde Comte e depois Durkheim, colonizaram as ciências sociais. A ciência, nessa perspectiva, constrói seus espaços legislando sobre o mundo, “decifrando” seus mecanismos e construindo formas de uso e intervenção. Isso lhe dá inclusive uma aura sobre humana, pretensamente endeusada”.

A medicina moderna e o raciocínio médico se legitimam e desenvolvem a terapêutica de cuidados sob essa ótica. Para Nunes e Pelizzoli (2011, p. 28), essa legitimação da medicina moderna fundamenta-se no desenvolvimento tecnológico aliado às promessas da produção de uma sociedade saudável, sem sofrimento, uma “analgésia da vida” que, “desde as possibilidades geradas pelo advento dos antibióticos e das vacinas (que, à época, se anunciavam como o fim das doenças infecciosas), evolui até a presente engenharia genética, que e coloca como a ‘nova panaceia, para todos os males’”.

Esses autores citam como exemplos “os analgésicos efetivos contra dor, partos cesáreos assistidos, antidepressivos para o sofrimento da alma, inseminações artificiais, cirurgias plásticas, somadas às promessas da genética de correções de defeitos e morbidades ainda no ventre da mãe, e de produção de seres humanos ‘perfeitos’”. Segundo os referidos autores, essas alternativas de possibilidades de tratamento e cura, geradas pelo advento dos antibióticos, “fizeram a medicina construir um imaginário de um espaço de possibilidades de controle, infiltrando-se na vida cotidiana e ressignificando-a”. (NUNES, PELIZZOLI, 2011, p. 24).

Entretanto, ainda na opinião de Nunes e Pelizzoli (2011, p. 25), a dimensão simbólica, espiritual e significativa do fenômeno do adoecimento, presente na vida cotidiana, normalmente não é levada em consideração pela medicina moderna, o que acaba reduzindo a doença à mecânica biológica dos órgãos. Na perspectiva desses autores, a medicina moderna, no uso de “estratégias de deslegitimação de outras formas de saberes e práticas de produção de cuidado”, e através da “produção de discursos de verdades reducionistas, fecha-se para as possibilidades do diálogo”, limitando o desenvolvimento de um olhar ampliado sobre a doença e possíveis práticas de cura.

Nunes e Pelizzoli (2011, p. 26) também afirmam que “o olhar objetivante sobre a doença exclui a dimensão existencial do paciente, reduzindo o processo de cura à cessação dos sintomas, impedindo a possibilidade de ampliar a terapêutica, construindo

ressignificações da vida”. Conforme esses autores, a racionalidade cartesiana, embora tenha conseguido trazer conquistas relevantes para o desenvolvimento da sociedade, também gerou vários problemas atrelados aos seus limites, tanto de ordem epistêmica quanto de ordem política e ética.

Sendo assim, para esses teóricos, “a vida natural, a solidariedade, a compaixão, o mundo simbólico, a ética, a estética, a poesia, a beleza, o desejo e a espiritualidade são expulsos do *logos* moderno como obstáculos presos à obscuridade e à tradição” (NUNES, PELIZZOLI, 2011, p. 26), através do “silenciamento da subjetividade”, conforme Birman *in* Coser, (2006, p. 18).

A abordagem de cuidado biologista e mecanicista marcou e orientou a terapêutica de cuidados no âmbito da saúde e doença mental. Foucault (2011) observa que, embora a psicanálise tenha almejado dirimir ou superar a dualidade sobre a abordagem terapêutica do sofrimento humano em sua singularidade (aspectos subjetivos e físicos), o saber médico positivo continua em vigor, dizendo que

o vínculo fantástico do saber com o sofrimento, longe de se ter rompido, é assegurado por uma via mais complexa do que a simples permeabilidade das imaginações; a presença da doença no corpo, suas tensões, suas queimaduras, o mundo surdo das entranhas, todo o avesso negro do corpo, que longos sonhos sem olhos recobrem, são tão contestados em sua objetividade pelo discurso redutor do médico quando fundados como objetos para seu olhar positivo (FOUCAULT, 2011, p. IX).

Foucault critica essa abordagem dominada pela evidência empírica e destaca que a racionalidade médica, fundada na “objetividade mais científica” dessa maneira de “olhar”, penetrou “as espessuras da percepção, oferecendo, como face primeira da verdade, a tessitura das coisas, sua cor, suas manchas, sua dureza, sua aderência”, na qual “o espaço da experiência parece identificar-se com o domínio do olhar dessa vigilância empírica aberta apenas à evidência dos conteúdos visíveis” (FOUCAULT, 2011, pp. XI-XII). A história da Psiquiatria e de suas ações terapêuticas, como ciência responsável direta pelos cuidados de pessoas portadoras de transtornos mentais, está assinalada por práticas dessa natureza.

Birman (2006) *in* Coser (2006) assinala que, com a biologização progressiva da medicina, a psiquiatria, no afã de afirmar sua identidade médica, “distanciou-se da singularidade subjetiva na experiência da loucura”, reduzindo o “psiquismo na rede complexa de conexões neurais e neuro-hormonais, a subjetividade deixou de ser considerada na sua especificidade e diferença” (BIRMAN, 2006, *in* COSER, 2006, p. 17). Coser destaca ainda os deslocamentos realizados pela psiquiatria, no seu percurso histórico e epistemológico, na

busca de uma afirmação científica, deslocando-a, inicialmente, de “uma impossível inscrição na medicina somática para a psicanálise, para retornar, finalmente à medicina, mas se perdendo assim como clínica, em nome do positivismo cientificista” (COSER, 2006, p. 18).

Dessa maneira, Birman (2006) comenta o visível distanciamento da experiência do sofrimento humano e da inegável ambiguidade desses campos de saberes, em suas práticas clínicas, quando afirma:

não mais existe na atualidade uma prática clínica, na medicina científica e na psiquiatria biológica. O mal-estar que se faz sempre presente quando alguém adocece, pela atualização aguda dos temores da morte para a subjetividade, não é mais reconhecido pela medicina e pela psiquiatria, que passaram a regular apenas os supostos disfuncionamentos biológicos do organismo, isto é, a dor e não mais o sofrimento” (BIRMAN, 2006 *in* COSER, 2006, p. 17).

O autor ressalta que, em decorrência desse afastamento do sofrimento psíquico, a psicanálise e as psicoterapias, ao lado das práticas médicas alternativas, são as que procuram ainda responder hoje ao mal-estar sempre presente na experiência do adoecimento. Dessa forma, seguindo esse raciocínio, Coser (2006, pp. 113-114) acrescenta:

sem algo que nos permita pensar o que venha a ser o psiquismo, e entender a função da alma, da psique, da subjetividade, e as diferentes formas de subjetivar os padecimentos [...], a força do marketing empurrará a todos, psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, médicos e à população na direção de pensar que o sujeito seja um mosaico virtual ou bioquímico; a ansiedade, um problema dos ansiolíticos; a depressão, de antidepressivos; a doença mental, de terapia gênica; a psique, uma função cerebral.

Em consequência, na opinião desse autor, tem-se perdido o rumo da clínica, pois “a medicamentação da alma se tornou norma do viver na década final do século XX” (COSER, 2006, p. 114).

3.2 Elementos históricos da doença mental, percepções e práticas de cuidados.

“Experiência de dor, desassossego, inquietude é provável tão antiga como a história do gênero humano. E atravessa a existência do princípio ao fim. Não antiga e constante é a busca de soluções, remédios, cura [...] O urgente é curar”. (GARCIA, 2001, p. 11)

A doença mental sempre existiu e o sofrimento psíquico é universal (BIRMAN, 2012). Talvez, o que tenha mudado ao longo da história sejam as formas de nomeação, de classificação, de interpretação e de práticas dos cuidados às pessoas ditas “doentes mentais” ou em sofrimento psicológico. Com base nessa premissa, indago: como se objetiva a doença

mental nas diferentes épocas? Como se cuidou do sofrimento mental nos diversos contextos e momentos históricos? Como se desenvolveu e se chegou às práticas de cuidado, associadas às ideologias médicas e à atenção psicossocial relacionada à saúde mental? Como o mal-estar do trabalho foi captado pela medicina da atenção psicossocial, do trabalho como fonte de sofrimento? E como a narrativa médica entra nessa história? Como as formas de atenção psicossocial se desenvolveram para dar conta da doença mental? É, talvez, para me aproximar e repensar aspectos da temporalidade atual que Peter Pál Pelbart me conduzem a refletir a partir do trecho a seguir:

E por que fazê-lo na vizinhança da loucura? Por ser ela o campo das questões limítrofes, inapagáveis. É ali que se dá o entroncamento impensável entre a subjetividade, a cultura, a ruína, certos conceitos insólitos e todas as insubordinações desarrazoadas. A partir do colapso psicótico, por exemplo, é possível repensar aspectos de nossa *temporalidade*, de nosso modo de vivenciar a *história*, de nossas evidências *lógicas*, das *visibilidades* incontestes, consensos *políticos* etc. Não se trata de "usar" o sofrimento do louco para "fazer filosofia", mas de inflétir-nos a partir daquilo que o campo da loucura dispara e conturba em nós. É uma maneira entre outras, porém esquecida e valiosa, de "ouvir" a loucura. (PELBART, 1993b, p. 12. Grifos do autor).

Neste capítulo não tenho a pretensão de responder, exaustivamente, essas indagações. Tento apenas realizar um recuo histórico dos cuidados da atenção à saúde mental, como já mencionei, pensando nas diferenças de nomeações e como cada época produz suas formas de objetivação e interpretações da loucura³⁵.

3.2.1 “Os loucos sempre existiram”: percepções, nomeações e cuidados nas diferentes épocas

“A loucura deve ser tão antiga quanto a humanidade”. (ROY POTER, 2002)³⁶

“Os loucos sempre existiram”³⁷. Essa afirmativa me instigou a pensar a doença mental nos diversos contextos históricos, suas nomeações, classificações, interpretações e cuidados.

³⁵ Adoto o termo “loucura” apenas como categoria conceitual utilizada em diferentes épocas para me referir ao sofrimento psíquico, em suas diversas intensidades, ressaltando que o meu objeto não trata diretamente da loucura. Portanto, o que exponho aqui sobre a “loucura” trata-se apenas de um quadro histórico-cultural para compreender de que modo as pessoas acometidas por distintas formas de sofrimento psíquico foram percebidas e cuidadas em contextos históricos e culturais distintos.

³⁶Roy Potter foi um reconhecido historiador inglês que escreveu mais de 80 livros ao longo da sua vida, a maior parte deles dedicada à história da psiquiatria e da loucura. Foi professor de história social da medicina na *University College of London*. De acordo com Fátima Alves (2011, p. 26), “a sua obra é um convite a uma exploração mais aprofundada da variedade de experiências, vezes e respostas que historicamente constituíram e constituem o mundo da loucura e da psiquiatria”.

³⁷Afirmação proferida pela Dra. Casimira Grandi, durante nossas conversas sobre a história da saúde mental e Reforma Psiquiátrica na Itália, que me instigou a investigar e refletir sobre a realidade das pessoas ditas

Percorrer a história da loucura implica curiosidade frente aos seus mistérios e ao fascínio que ela me desperta, como diria Foucault: “Em todos os lados, a loucura fascina o homem” (FOUCAULT, [1961] 2012). E, ao mesmo tempo, provoca espanto diante da sua complexidade e das formas desumanas e cruéis como foram tratadas as pessoas acometidas com diferentes tipos de padecimentos psíquicos.

Foucault (2006, 2012, 2014), ao debruçar-se sobre essa temática, faz um mergulho profundo para compreender não somente de forma linear a história da loucura, como fez na *História da Loucura* (FOUCAULT, [1961] 2012) e criticada, posteriormente, por ele mesmo, no *Poder Psiquiátrico* (2006). Nesta última obra o autor analisa genealogicamente a doença mental, as formas de cuidados, o saber e o poder psiquiátrico praticados pela psiquiatria da época. Ele atravessa essas temáticas e outras afins, através de um corte transversal na história da loucura, para aprofundar e esclarecer como os saberes e o poder sobre a loucura foram se constituindo histórica, cultural e juridicamente (FOUCAULT, 2006; 2014).

Foucault ([1961] 2012) toma a loucura como objeto de investigação, do século XII ao XVIII, evidenciando como esta produz seus discursos historicamente; como estes se formam e como cada época altera esses discursos; expõe, analiticamente, sobre a gênese da prática de internamento e da exclusão das pessoas consideradas loucas. Foucault ([1973-1974] 2006) opera uma desconstrução da história, da epistemologia; analisa de maneira crítica e ousada os saberes e as práticas terapêuticas utilizadas, principalmente pela psiquiatria emergente no século XIX, com Pinel (1745-1826) e Esquirol (1772-1840) até Charcot (1825-1893). A loucura é discutida, sob a perspectiva foucaultiana, como objeto de exclusão e do exercício coercitivo do poder disciplinar e do saber psiquiátrico, operado pela ciência psiquiátrica vigente, denominada “protopsiquiatria” (FOUCAULT, 2006).

Assim, após essas reflexões, apresento uma caracterização da loucura, com base nos estudos de Isaias Pessotti (1995,1996,1999)³⁸; Foucault ([1961], 2012, 2006); Coser (2006); Amarante (2007); Fátima Alves (2011), apenas como uma contextualização para a compreensão de suas percepções e de suas formas de cuidados. Ressalto que a loucura não

“loucas”, nos diferentes momentos históricos. Casimira Grandi é professora do *Dipartimento di Sociologia dell'Università di Trento*, foi minha orientadora no Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) em Trento-Itália, desenvolvido no período de setembro a dezembro de 2015, com bolsa de estudos da CAPES.

³⁸Isaias Pessotti, graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1955), mestrado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1974) e doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1969). Também é Mestre em Filosofia e Metodologia das Ciências, pela Universidade Federal de São Carlos (2004). Atualmente, é assessor (consultor) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e consultor (*ad hoc*) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Conforme informações contidas na página do Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. Disponível em <<http://www.iea.usp.br/pessoas/pasta-pessoai/isaias-pessotti>>. Acesso em 18 ago. 2016.

corresponde diretamente ao meu objeto de estudo nesta Tese, entretanto, ambos dialogam entre si e constituem uma relação de afinidades históricas, sociais e culturais.

Discorrendo sobre a loucura, Fátima Alves (2011) diz existirem registros de rituais religiosos e referências arqueológicas que remetem à loucura (como forma de possessão) nas diversas civilizações da humanidade. Entretanto, as primeiras concepções sobre a loucura podem ser notadas na Grécia Antiga, a partir dos mitos e epopeias, nos quais a loucura era considerada manifestação divina e a representação dos loucos estava associada à excentricidade supersticiosa, dotada de sabedoria profética. Conforme Pessotti (1995), acreditava-se que os loucos possuíam poderes divinos.

Desse modo, na antiguidade grega, até os tempos pré-socráticos, de acordo com Pessotti (1995), havia uma concepção ambígua e não estruturada da “natureza humana”. Sendo assim, as deformidades ou aberrações dessa “natureza” eram percebidas de modo indefinido e atribuídas às forças e entidades. Atribuía-se “toda responsabilidade a Zeus, ao destino e as Erínias³⁹, roubando dos homens a razão. O papel do homem seria o de objeto inerte, à mercê desses agentes sobre-humanos” (PESSOTTI, 1995, p. 13).

Nesse período, a loucura é, então, na perspectiva do autor, “um recurso da divindade para que seus projetos ou caprichos não sejam contrastados pela vontade dos homens” (PESSOTTI, 1995, p. 14), portanto, “a etiologia da loucura é mitológica e teológica” (PESSOTTI, 1995, p. 19). Desse modo, o conceito de loucura na antiguidade, a partir das obras de Homero e de Hesíodo, na perspectiva de Pessotti (1995, p. 46), implica invariavelmente a intervenção direta e permanente dos deuses na vida dos homens. “São os deuses e seus instrumentos, *Atê*⁴⁰, *Erínias* ou *Moira*, que roubam ou confundem a razão dos homens e os enlouquecem”.

Para Pessotti, o primeiro modelo teórico da loucura está caracterizado nos poemas de Homero, mais precisamente na *Ilíada*. Em Homero, na visão do autor, “a loucura é um estado de desrazão, de perda do controle consciente sobre si mesmo, de insensatez, no sentido de que, sob a *atê*, o homem perde, ou pode perder, o contato ordenado com a realidade física ou social“ (1995, p. 19).

³⁹As *erínias* (em grego: *Ἐρινύς*, na mitologia grega, eram personificações da vingança) puniam os mortais. As *erínias*, deusas encarregadas de castigar os crimes, especialmente os delitos de sangue, são também chamadas *Eumênides* (*Εὐμενίδες*), que em grego significa *as bondosas* ou *as benevolentes*, eufemismo usado para evitar pronunciar o seu verdadeiro nome, por medo de atrair sobre si a sua cólera, conforme Pessotti (1995, p.13).

⁴⁰Na mitologia grega, *Atê* ou *Atea* (em grego antigo Ἄτη, "ruína", "insensatez", "engano") é a deusa da fatalidade, personificação das ações irreflexivas e suas consequências (PESSOTTI, 1995, p.20)..

O tema da loucura continua sendo frequente nas tragédias gregas. Mas a Eurípedes cabe um destaque central. Pessotti (1995, p. 46) considera que “a obra de Eurípedes representa o nascimento da psicologia enquanto concepção de homem como dotado de uma individualidade intelectual e afetiva”. Assim, Eurípedes “descobre e revela o homem *natural*, a *natureza* do homem, contraditória, conflitiva, por vezes patológica” (PESSOTTI, 1995. Grifos do autor).

Com Hipócrates⁴¹ o distanciamento das concepções mitológicas se amplia, a loucura passa a ser concebida “um desarranjo da natureza orgânica, corporal do homem. E os processos de perda da razão ou do controle emocional passam a constituir efeitos de tal desarranjo” (PESSOTTI, 1995, p. 47). Assim, a loucura é considerada uma doença orgânica como qualquer outra. A teoria hipocrática implica a exclusão da interferência divina, admitindo, dessa maneira, “a existência de processos orgânicos que governam a fisiologia humana geral e são regidos por leis que independem da razão e da vontade individual” (PESSOTTI, 1995, p. 47). Com tal posicionamento, Hipócrates marca o fim da medicina baseada em explicações mitológicas na Grécia Antiga, institui o método clínico em medicina e inaugura a teoria organicista da loucura, que prosperará prodigamente na medicina dos séculos XVIII e XIX (PESSOTTI, 1995, p. 57).

Depois de Hipócrates, outros personagens importantes legaram significativas contribuições para a evolução da compreensão da loucura, na medicina antiga, entre as quais pode-se destacar, muito brevemente, as de Cláudio Galeno⁴², “a quem se deve uma convincente sistematização dos ensinamentos hipocráticos” (HEGENBERG, 1998, p. 21). Para esse autor, Galeno aprimora a teoria humoral de Hipócrates, entretanto, a doença continua a ser entendida como antes, equilíbrio ou desequilíbrio de humores, ou *pneumas*.

⁴¹A existência de Hipócrates é emblemática. A tradição hipocrática deriva do nome do suposto autor de vários tratados (cerca de sessenta) que se transformaram em indícios materiais dessa tradição. Evidências internas, ligadas, principalmente, à diversidade de estilos e abordagens, filiados inclusive a escolas diferentes, fazem supor que os tratados tenham sido elaborados entre os anos 430 a.C. e 330 a.C., ignorando-se como teriam chegado a ser agrupados para receberem a forma unificada final adquirida. As teorias médicas reunidas no *corpus hipocrático* exercem grande influência na Medicina e delas é usual falar como se fossem, efetivamente, obra de um só autor, Hipócrates, que teria vivido entre 460 e 370 a.C. Dotado de notável espírito de observação, conhecendo profundamente o ser humano e exercendo intensa atividade médica, Hipócrates consolida as informações das tábuas votivas de *Cos* e de *Cnidos*, dando-lhes aspecto sistemático em um livro de *Aforismos* - ainda hoje consultado, graças aos importantes ensinamentos que encerra. Hipócrates descreveu numerosas doenças e recebeu, com justiça, o cognome “Pai da Medicina” (HEGENBERG, 1998, p. 20).

⁴²Claudio Galeno, o nome mais célebre da medicina greco-romana, nascido em Pérgamo, na Ásia Menor, viveu em os anos 131 e 200, d.C. Estudou matemática, lógica e filosofia com grandes mestres de sua cidade. Sua formação médica, iniciada em Pérgamo, completou-se em Esmirna, Corinto e Alexandria. Estabeleceu-se em Roma, aos 31 anos de idade. Em Roma lecionou anatomia, foi médico dos gladiadores e, posteriormente, médico pessoal do imperador Marco Aurélio, de Vero, de Cômodo e de altos personagens da corte imperial até os tempos de Sétimo Severo (PESSOTTI, 1995, p. 69).

A doutrina humoral se mantém e se transmite dominando o cenário até quase o final do século XVIII. Já, na visão de Pessotti, Galeno vai além de uma fisiologia mecânica hipocrática quando apresenta o conceito de *pneuma* psíquico; institui a identidade das funções psíquicas e de suas localizações em uma mesma sede que, na opinião de Pessotti (1995, p.77), pode ser considerada “a semente da ideia de um aparelho psíquico”.

Quanto aos procedimentos terapêuticos aplicados à época, Pessotti (1995) traz alguns registros que informam que a terapia realizada principalmente por Hipócrates e seus seguidores era tipologicamente orgânica, porque a etiologia da loucura era considerada orgânica.

A terapia consistia em uma limpeza no organismo ou de um órgão específico, que combinava intervenções do tipo catártico ou purgativo para diluição ou expulsão dos humores para os espaços orgânicos normais ou para fora do organismo. Tais processos de filtragem eram denominados *katarsis*. Também associadas à terapia catártica eram usadas outras, nomeadas pelo autor de “canônicas”, que consistiam em regras de conduta a serem adotadas pelo paciente, as quais compreendiam mudanças de alimentação e de hábitos, como forma de equilibrar os humores (PESSOTTI, 1995).

Na Idade Média (476 a 1492), a loucura foi associada e marcada por explicações voltadas para a possessão diabólica. A loucura, nesse período, era relacionada ao demônio e os loucos considerados indivíduos possuídos e, portanto, passavam seus dias acorrentados e expostos ao frio e à fome ou, em casos extremos, condenados a fogueiras como hereges. Esse tipo de tratamento se estendeu até o século XVIII.

Nessa época ainda não se falava em doença mental e, como sempre, o descaso com as pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais continuava. Todos que manifestavam um comportamento diferente daquele aceito pelos padrões sociais, morais e religiosos, à época, eram considerados loucos. A sociedade, preocupada apenas com a sua segurança, permanecia com a mesma conduta: jogava os loucos em prisões e eles lá permaneciam ao lado de outros excluídos, desprovidos de cuidados e de direitos. Também era comum, no período medieval, a demonstração pública de loucos enjaulados como animais, como forma de entretenimento (PESSOTTI, 1995,).

Foucault (2012, p. 12) comenta a situação de exclusão e de liminaridade do louco nas preocupações do homem medieval. Para esse autor, o espaço limiar ocupado pelo louco representa uma situação simbólica, isto é, “sua própria exclusão e prisão, nesse lugar de

passagem”, onde eram colocadas as pessoas consideradas afetadas pela loucura, e essa maneira de enxergar o louco atravessou épocas, como ele mesmo considera:

Sua exclusão deve encerrá-lo; se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior e inversamente. Postura altamente simbólica, e que permanecerá sem dúvida até nossos dias, se admitirmos que aquilo que outrora foi fortaleza visível da ordem tornou-se agora castelo de nossa consciência. [...] o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada (FOUCAULT, 2012, p. 12).

Os loucos tinham uma existência errante, eram banidos das cidades; eram frequentemente entregues a mercadores e peregrinos como forma de proteção das cidades e, principalmente, de exclusão do convívio com os demais cidadãos considerados sãos.

Foucault relata que a cidade de Nuremberg, na Alemanha, por exemplo, acolhera grande quantidade de loucos. Nessas cidades, mesclava-se a preocupação de cura e de exclusão desses loucos, mas as cidades se tornavam lugar de peregrinação e, ao mesmo tempo, era uma maneira de purificar as cidades de onde essas pessoas eram originárias.

Esses loucos eram alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: “são pura e simplesmente jogados na prisão”. Já em outras cidades importantes da Europa, principalmente, em lugares de passagens e feiras, os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali “perdidos”, purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários. A preocupação de cura e de exclusão juntavam-se numa só: encerrava-nos no espaço sagrado do milagre. É possível que a aldeia de Gheel tenha-se desenvolvido desse modo: lugar de peregrinação que se tornou prisão, terra santa onde a loucura espera sua libertação, mas onde o homem realiza, segundo velhos temas, como uma partilha ritual (FOUCAULT, 2012, p. 11).

Para Foucault, a loucura, por volta do fim da Idade Média, “simboliza toda uma inquietude, soerguida subitamente no horizonte da cultura europeia”. Na visão desse estudioso, “a loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambiguidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens” (FOUCAULT, 2012, p. 14). O autor considera, todavia, que na Idade Média e na Renascença os loucos não eram sistematicamente expulsos das cidades, pois, “é possível supor que são escorraçados apenas os estrangeiros, aceitando cada cidade tomar conta apenas daqueles que são seus cidadãos” (FOUCAULT, 2012, p. 10).

Na segunda metade do século XIV ocorreram tentativas de “tratamento”, não no sentido médico, mas do ponto de vista social e econômico. Nos hospitais foram reservados espaços — “salas para os insensatos”. Os registros relatam sobre o Hospital Municipal de

Hamburgo, 1375, na Alemanha; *St. Mary of Bethleem*, 1403, em Londres; *Hôtel Dieu*, em Paris. Foi na Espanha, em Valência, que se fundou o primeiro hospital para doentes mentais, o *Santa Maria de los Inocentes*, em 1409 (FOUCAULT, ([1961] 2012; ALVES, 2011).

Na visão de Alves (2011, p. 28), a dominância do modelo cristão sobre a loucura, as medicinas medievais, islâmica e cristã mantiveram as tradições médicas iniciadas por Hipócrates e seus seguidores, pois, “nos livros sobre ervas e outros escritos dos monges da época medieval, esses saberes clássicos apareciam misturados com crenças populares e remédios mágicos”.

Nos séculos XV e XVI, Pessotti (1995) afirma que na formação clínica médica a interpretação da loucura era de influência híbrida: a teoria organicista-pneumática galenista se completava com as noções da doutrina da alma ou da mente (razão ou raciocínio, imaginação, memória), de elaboração platônica e aristotélica.

Com a evolução dos tempos, sobretudo a partir de 1650, ergueram-se vozes que interrogaram o modelo de percepção da loucura em termos sobrenaturais, como afirma Fátima Alves (2011, p. 29):

[...] as elites educadas excluíram o diabo das explicações da loucura e da própria definição da loucura. A possessão é encarada como uma questão no cérebro e nos nervos, bem como a feitiçaria é considerada uma doença individual ou uma histeria coletiva. Há uma necessidade crescente de providenciar explicações racionais, com base no cérebro ou termos biológicos”. O sobrenatural transforma-se num assunto de psicopatologia e os médicos substituem progressivamente os padres na relação com os possuídos.

O Renascimento introduziu um novo dado: a Razão passou a iluminar esse mundo oculto e misterioso. A loucura passou a assumir um lugar de destaque e a sua ascensão foi notada diante ao contexto de significações espirituais sob o qual era interpretada, como evidencia Foucault (2012, p. 18):

a ascensão da loucura ao horizonte da Renascença é percebida [...] como se esse mundo, onde a rede de significações espirituais era tão apertada, começasse a se embaralhar, deixando aparecer figuras cujo sentido só se deixa apreender sobre as espécies do insano” [...].

O filósofo citado indica que, “no polo oposto a esta natureza das trevas, a loucura fascina, porque é um saber”, e acrescenta que,

na Renascença, a Loucura abandona esse lugar modesto, passando a ocupar o primeiro posto. [...] Privilégio absoluto da loucura: ela reina sobre tudo o que há de mau no homem. [...]. É que, de um modo geral, a loucura não está ligada ao mundo e as suas formas subterrâneas, mas sim ao homem, a suas fraquezas, seus sonhos e suas ilusões. [...]. A loucura só existe em cada homem, porque é o homem que a

constitui no apego que ele tem por si mesmo e através das ilusões com que se alimenta (FOUCAULT, 2012, pp. 23-24).

Assim, no Renascimento, a loucura é reconhecida pela razão, como assegura Foucault (2012, p.33):

a loucura não é mais um poder abafado, que faz explodir o mundo revelando fantásticos prestígios; ela não revela, no crepúsculo dos tempos as violências da bestialidade, ou a grande luta entre o Saber e a Proibição. Ela é considerada no ciclo indefinido que liga à razão; elas se afirmam e se negam uma à outra. [...] A loucura torna-se uma das próprias formas da razão.

Com o início do Iluminismo no século XVII, passou a predominar a lógica do mercantilismo burguês e da visão racionalista, de René Descartes (1596-1650), “doravante a loucura será exilada”, como considera Foucault (2012, p. 45): “a loucura, cujas vozes a Renascença acaba de libertar, cuja violência, porém, ela já dominou, vai ser reduzida ao silêncio pela era clássica através de um estranho golpe de força”. O modelo Racionalista transforma a “loucura em objeto legítimo da filosofia e da medicina” (ALVES, 2011, p. 30).

Sob a ótica de Pessotti (1995, p. 133), naquela época, “a loucura é uma doença, natural como as outras doenças”, tal como defendia Hipócrates. E acrescenta que “o século XVII inicia a caminhada para uma abordagem científica do desvario e do descontrole emocional. Os exageros organicistas dessa época têm o mérito de afugentar as concepções mágicas da loucura”.

Dessa forma, a atitude religiosa que até então era de repressão à loucura cedeu espaço à segregação de cunho econômico, com a criação de abrigos propostos aos sujeitos considerados improdutivos, considerados indivíduos devassos, filhos bastardos, blasfemadores, libertinos, doentes venéreos, homossexuais, alcoolistas; e aqueles estimados loucos, lunáticos, insanos, em demência, que perderam a razão ou eram de espírito alienado (FOUCAULT, 2006, 2012). Essas pessoas vão ser afastadas da sociedade e internadas em “Casas de Correção”, “Hospitais Gerais”, “*Workhouses*” ou “*Zuchthusern*”, que surgem em passo acelerado por toda a Europa, durante o século XVIII, marcado pela industrialização e pelo capitalismo em desenvolvimento (ALVES, 2011; FOUCAULT, 2006, 2012). A loucura passou a ser concebida como desrazão, atrelada a aspectos de ociosidade, improdutividade e desqualificação moral.

Na maior parte dessas instituições de internamento, as condições dos espaços ambientais eram precárias, desumanas, sem condições de higiene e conforto, os internos ficavam misturados, com exceção dos mais agitados, os quais eram colocados em ambientes a eles reservados. Aqueles considerados perigosos continuavam acorrentados às paredes e às

camas. Em alguns hospitais, o tratamento era feito com sangrias, purgações, vesicatórios e banhos; em outros não existia qualquer forma de terapêutica (FOUCAULT, 2012).

Os ideais humanistas oriundos da Revolução Francesa e todo o seu contexto histórico circunscrito em termos econômicos, ideológicos e sociais vieram acionar mudanças nos cenários do tratamento da loucura: Philippe Pinel⁴³ (1745-1826), na França; William Tuke (1732-1822), na Inglaterra; Johann Reil (1759-1813), na Alemanha; Vincenzo Chiarugi⁴⁴ (1759-1820), na Itália, e outros, que passaram a reivindicar um estatuto particular para os loucos: o de doentes mentais (PESSOTTI, 1995; ALVES, 2011; FOUCAULT, 2006; 2012).

Segundo Alves (2011), esse momento histórico vai vincular para sempre o internamento dos loucos, silenciando-os nos asilos, onde ficam separados dos pobres, dos vagabundos, dos desempregados, e das demais categorias de marginalizados sociais. Os loucos tornam-se objeto da verdade científica e da intervenção moral, transformando-se em doentes mentais. Em consequência, conferirá ao século XVIII a empreitada prioritária de tentar compor critérios estritamente neurofisiológicos com outros de natureza somática e comportamental, para efeito de classificação dos distúrbios mentais, muito embora “a psicopatologia da época, resulte ainda de um apego tenaz a uma visão organicista” (PESSOTTI, 1995, p. 134).

3.2.2 O nascimento da Psiquiatria: a centralidade do saber-poder médico-psiquiátrico e suas práticas de tratamento do sofrimento psíquico

“A história da psiquiatria é rica, curiosa, e povoada de contradições e ambiguidades no que concerne ao seu discurso teórico e ideológico” (COSER, 2006, p. 45).

No final do século XVIII para o alvorecer do século XIX nasceu a psiquiatria na Europa, com Pinel, como a primeira especialidade médica, que pretendia tratar o louco como um ser humano. Pinel ficou conhecido na história da psiquiatria como o “pai” dessa nova forma de saber médico e o primeiro evolucionista, que liberou o louco das correntes e propôs

⁴³Philippe Pinel, influenciado pelo pensamento iluminista, propôs, em Paris, a liberação dos alienados das correntes e a manutenção do tratamento asilar, sob o regime do isolamento. Pois, como se entendia que as causas da alienação mental estavam presentes no ambiente social, acreditava-se que o isolamento possibilitava afastar o indivíduo enfermo para um meio onde essas supostas causas não podiam mais prejudicá-lo. O isolamento garantia uma observação cuidadosa do alienado para a definição do diagnóstico mais preciso, e o estabelecimento do tratamento moral possibilitava que a mente desregrada, seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos fossem regulados (AMARANTE, 2007).

⁴⁴Grande nome da psicopatologia italiana, autor da última classificação importante do século XVIII, conforme Pessotti (1995, p. 139).

o tratamento moral⁴⁵ e o internamento⁴⁶ em asilos específicos como formas terapêuticas para os alienados.

Pinel escreveu o *Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental*⁴⁷, que foi publicado na aurora do século XIX (em 1801); elaborou a primeira classificação das doenças mentais e consolidou o conceito de alienação mental como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Animado pelos ideais de ‘liberdade’, ‘igualdade’ e ‘fraternidade’ da Revolução Francesa, esse médico iniciou sua grande obra de medicalização do Hospital Geral de Paris. Em 1793, ele passou a chefiar uma das unidades do Hospital Geral, o Hospital de *Bicêtre*, e depois prosseguiu no *La Salpêtrière* (AMARANTE, 2007). Pinel tornou-se um referencial de uma nova concepção e na terapêutica da loucura (PESSOTTI, 1995).

Foucault ([1961], 2012, p. 522) refere-se criticamente a Pinel dizendo: “se Pinel libertou o louco da desumanidade de suas correntes, acorrentou o louco ao homem e às suas verdades”. Foucault (2006, pp.11-12) faz alusão à terapêutica psiquiátrica utilizada por Pinel e seus seguidores, no século XIX, considerando-a “como a arte de subjugar e de domar, por assim dizer, o alienado, pondo-o na estreita dependência de um homem que, por suas qualidades físicas e morais, seja capaz de exercer sobre ele um império irresistível e de mudar a corrente viciosa de suas ideias”.

Na Europa, no século XIX, a doença mental passou a ser vista como objeto legítimo para a pesquisa científica; a psiquiatria germinou como disciplina médica e os loucos passaram a ser considerados doentes mentais e isolados da sociedade em instituições asilares⁴⁸, manicômios públicos, que vieram depois a ser nomeados de hospitais psiquiátricos,

⁴⁵O tratamento moral foi apresentado como a primeira forma terapêutica estabelecida para a alienação mental. Tratava da soma de princípios e medidas, tais como: regras, condutas, horários e regimentos, que eram impostos aos alienados com o objetivo de reeducar a mente, de afastar os delírios e ilusões e de trazer a consciência à realidade. Dentre as estratégias do tratamento moral, destacava-se o “trabalho terapêutico”. O trabalho assumia uma importância muito particular na sociedade, em plena transição do modo de produção, quando o capitalismo ensaiava seus primeiros passos, e, por conseguinte, as atividades laborais seriam um meio de reeducação das mentes desregradadas e das paixões incontroláveis (AMARANTE, 2007).

⁴⁶O internamento foi utilizado durante todo o século XVII, quando muitas instituições para esse fim foram criadas. Todavia, a partir de Pinel e seus seguidores, os loucos continuam em sistemas de isolamento social. As instituições asilares foram criadas especificamente para os doentes mentais. Nasceu o asilo de forma concomitante à Psiquiatria (FOUCAULT, 2006).

⁴⁷A alienação mental era definida como uma desordem no campo das paixões, capaz de produzir desarmonia nas funções mentais do indivíduo perceber a realidade de forma objetiva. No sentido mais comum, “alienado é alguém ‘de fora’, estrangeiro, alienígena. Poderia significar estar fora da realidade, fora de si, sem o controle de suas próprias vontades e desejos. Fora do mundo, de outro mundo (no mundo da lua). O conceito de Alienação nasce associado a ‘periculosidade’”, conforme Amarante (2007, p. 30).

⁴⁸Os asilos tinham a função de abrigo ou recolhimento. Pessotti (1996, p. 161-152) faz uma distinção da utilização dos termos: asilo, hospício e manicômio. Segundo esse autor, “na literatura psicopatológica do século XIX, o termo *asile* é muito frequente nos textos franceses, significando genericamente qualquer estabelecimento

onde “os doentes recebiam tratamento médico sistemático e especializado” (PESSOTTI, 1995, p.152).

O número dessas instituições foi amplamente aumentado no século XIX⁴⁹. Por exemplo, na Itália, em 1881, havia oito mil internos, subindo para 40 mil, em 1907 (ALVES, 2011). E, até meados do século XIX, no mesmo país havia cerca de 96.423 doentes internados em manicômios (PESSOTTI, 1996, p. 156). Esse autor narra a proliferação ocorrida ao longo de todo o século, distribuída em diversos países da Europa, principalmente na Itália e na França. “Essa tendência da construção de manicômios foi depois exportada para a África, as Américas e a Ásia” (OMS, 2002, p. XXII p. 19).

Pessotti (1996) e Foucault ([1961] 2012) apresentam descrições detalhadas das instalações e condições físicas e ambientais desses espaços de confinamento; do tipo de “tratamento” recebido pelos enfermos mentais e, principalmente, das formas cruéis às quais essas pessoas eram submetidas, “no século dos manicômios”. Já, Foucault (2006) analisa criticamente as formas de poder utilizadas nessas instituições de segregação social, nas quais a figura do médico-psiquiatra aparece como representação maior do poder estabelecido no interior dessas, como explicita em momentos diferentes, a seguir transcritos.

O asilo é o corpo do psiquiatra, alongado, distendido, levado as dimensões de um estabelecimento, estendido a tal ponto que seu poder vai se exercer como cada parte do asilo fosse parte do seu próprio corpo, comandada por seus próprios nervos (FOUCAULT, 2006, p. 227).

Resumindo, podemos dizer que o corpo do psiquiatra é o próprio asilo; a maquinaria do asilo e o organismo do médico, no limite, devem formar uma só e mesma coisa (FOUCAULT, 2006, p. 228).

O asilo deve ser concebido como o corpo do psiquiatra; a instituição asilar nada mais é que o conjunto das regulações que esse corpo efetua em relação ao próprio corpo do louco sujeitado no interior do asilo (FOUCAULT, 2006, pp. 235-236).

Foucault (2006) ressalta que é nos espaços asilares que a psiquiatria se autoafirmou como clínica médica para a cura das doenças mentais, não se valendo de teorias científicas, nem do discurso da observação e da classificação das doenças, nem mesmo enunciou a verdade retirada a partir da anatomia patológica da doença mental. O tratamento baseava-se na linguagem coercitiva, na dissimetria disciplinar, através de estratégias e procedimentos

em que se internava loucos, com ou sem a companhia de outros doentes. Até *Salpêtrière* e *Bicêtre*, mesmo depois da reforma de Pinel, são frequentemente chamados de *asile*. Nos textos ingleses aparecem, também com sentido muito genérico, os termos *madhouse*, ou casa dos loucos, e *asylum*. Em obras italianas, os termos, também genéricos, são *asilo* e *hospizio*. O nome manicômio designa mais especialmente o hospital psiquiátrico”.

⁴⁹O século XIX, na visão de Pessotti (1996, p. 9), merece o título de “século dos manicômios”.

disciplinares (por exemplo, o interrogatório, como forma de levar o doente a confessar que era louco e qual a sua loucura, através de relatos das suas queixas, que o médico transformava em sintomas).

A psiquiatria sentia-se, durante todo o século XIX, incômoda no campo da medicina, à medida que não se adequava aos seus cânones epistemológicos (BIRMAN, 2006 *in* COSER, 2006. p.14). Ainda, segundo Birman, a psiquiatria procura minimizar seu impasse teórico, atribuindo seu fracasso à precariedade dos métodos de investigação anatômica então existentes. Enunciava que no futuro seria possível verificar, experimentalmente, suas pretensões médicas, à medida que as lesões no campo da loucura deveriam ser mais sutis e menos grosseiras do que se encontravam nas enfermidades somáticas.

Na visão de Birman, “venceram assim os teóricos da causalidade moral da alienação mental, uma vez que aqueles que sustentavam a causalidade somática não podiam verificar suas hipóteses”. A psiquiatria, desse modo, assumia a posição de patente ilegitimidade científica, devido à sua inconsistência teórica, desdobrando-se, assim, em impossibilidades éticas e terapêuticas. (BIRMAN, 2006 *in* COSER, 2006, pp.14-15). Como esclarece Coser (2006, p. 15),

por isso a loucura era percebida como pura negatividade, não se reconhecendo qualquer positividade subjetiva presente na experiência da loucura. Os asilos psiquiátricos se transformaram então no espaço para a exclusão social desta, onde campeava a morte, o não reconhecimento dos direitos humanos e violência em estado puro.

E Coser (2006, p. 15) acrescenta que a

[...] psiquiatria se identificou inteiramente com o ideário do confinamento, sendo dessa condição limite em que foi colocada a subjetividade que aquela se constituiu como saber. Com efeito, entre confinamento e saber foram então tecidas cumplicidades incontestáveis, mediadas sempre pela exclusão social da loucura. A loucura era considerada como a negatividade subjetiva em ato.

Esse mesmo autor sintetiza o desdobramento dos estudos científicos de base positivista como corrente teórica que levou ao desenvolvimento da Psiquiatria “somaticista” e “organicista” frente ao estudo da loucura, que passou a ser considerada doença mental de origem orgânico-cerebral (ALVES, 2011). E, conseqüentemente, surgiram novas e múltiplas formas de nomeações classificatórias nosográficas (PESSOTTI, 1996)⁵⁰, desenvolvidas no decorrer dos séculos XIX e XX. E Coser observa que foi

⁵⁰“No século XIX, quando o campo da loucura se torna território exclusivo da medicina, surgem várias classificações que proclamam seguir um critério nosológico: posto que a loucura é uma doença, não cabe

[...] nesse território maldito que se constituiu o jardim das espécies da loucura. Esta se tornou objeto de uma descrição contínua e quase infinita, catalogada que nas suas pequenas e grandes manifestações. Para isso, organizaram-se sistemas classificatórios e nosográficos, como procedimentos similares aos da história natural do século XVIII. Inscritos na estufa mortífera do asilo, os loucos evocaram na psiquiatria a racionalidade classificatória. (COSER, 2006, p. 15)

Foi entre os meados do século XIX e início do século XX que a psiquiatria se consolidou enquanto categoria profissional e, enquanto ciência biomédica, assumiu a loucura como doença mental e desenvolveu práticas de tratamento (FOUCAULT, 2006; ALVES, 2011), entre as quais: o eletrochoque (ETC), desenvolvido em 1937, por um neurologista italiano chamado Ugo Cerletti; em 1950 e seguintes, a descoberta dos psicofármacos, denominados neurolépticos, entre eles os tranquilizantes, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, entre outros.

Alguns críticos denominaram esses medicamentos de “colete químico” para simbolizar que amarravam ‘por dentro’, com efeitos semelhantes à camisa de força (ALVES, 2011); e outras práticas utilizadas foram intensamente aplicadas e criticadas por produzirem danos (físicos, morais e psicológicos) nos pacientes. Todavia, esses medicamentos são valorizados como componentes imprescindíveis à cura da pessoa que sofre com alguma forma de transtorno psíquico. Relatos de alguns professores que são submetidos ao tratamento psicofarmacológico revelam esses efeitos do “amarrar por dentro”, por “medo da insegurança”, do “nervoso”, de alguma “coisa me acontecer”, de “ficar maluco” e outros, como expressam o prof. Tobias e a profa. Helena:

Eu tenho uma alegria, certa felicidade com relação a minha família, minha esposa, minha filha, quem eu convivo diariamente, que me apoiam, mas, pra eu ser feliz de verdade eu queria um dia poder não tomar mais esses medicamentos. Não precisar mais disso, porque eu sei praticamente cada medicamento que eu tomo. Quando não tomo, fico inseguro, como se alguma coisa fosse acontecer comigo, e eu não dar conta. Então, praticamente já está na minha mente, no meu ser, que eu tenho que tomar isso. Esses remédios.... Se eu não tomar o remédio eu fico mais nervoso, eu tremo mais ainda. O cognitivo fica muito lento, às vezes, eu fico meio tonto, meio confuso. E um dos medos que eu tinha era e ficar maluco, né? E outra coisa. As pessoas de fora, que não sabem, não conhecem esses fatos, elas pensam que a pessoa que se trata assim é doída (Prof. Tobias).

Eu tomo porque sou obrigada a tomar, até pra que eu saia da casa, pra que eu conviva com outras pessoas sem medo sabe? Quando eu tinha uma entrevista, a minha psicóloga me preparou, você pode Helena..., aí eu pensei, não no sentido que

classificar suas formas com algum critério filosófico ou psicológico. Enquanto no século atual, doença mental deve ser entendida como qualquer outra doença. E nessa condição, deve ser descrita, e classificada, segundo os padrões clínicos, isto é, segundo sua etiologia, sintomas e marcha (PESSOTTI, 1996, p. 8).

eu não podia, mas porque eu tinha que enfrentar, até porque o doutor (cita o nome do psiquiatra) iria brigar comigo (Profa. Helena).

Essa última narrativa me dá a entender que a professora Helena diz tomar o remédio prescrito pelo psiquiatra e advertida pela psicóloga, como uma necessidade para conter “por dentro” a sua suposta “periculosidade latente”.

3.2.3 A centralidade na tradução do poder da psiquiatria

“[...] a psiquiatria não é um empreendimento médico, mas um empreendimento moral e político”. (SZAZS, 1979, p. 11)

Foucault (2006, p. 41) entende que, no fim do século XVIII e ainda no início do XIX, “a manipulação da loucura pelos médicos tinha sido da ordem do estratagema da verdade”. Posteriormente, o estudioso vai mostrar que a microfísica do poder disciplinar, exercida através do poder psiquiátrico, no interior das instituições asilares, através de seus saberes e práticas, vai se instituir e orientar as ações terapêuticas nesses estabelecimentos de confinamento.

Pois bem, é esse jogo da verdade no delírio e do delírio que vai ser inteiramente suprimido na prática psiquiátrica que se inaugura no início do século XIX; e parece-me que é a emergência do que podemos chamar de prática disciplinar, é essa nova microfísica do poder que vai varrer tudo isso e instaurar os elementos nucleares de todas as cenas psiquiátricas que vão se desenvolver em seguida e sobre as quais se constituirão tanto a teoria como a instituição psiquiátrica. (FOUCAULT, 2006, p. 44).

Foucault acredita que não é possível avaliar o funcionamento da psiquiatria limitando-se ao funcionamento da instituição asilar, e defende que “é a partir do funcionamento desse poder disciplinar que se deve compreender o mecanismo da psiquiatria” (FOUCAULT, 2006, p.52). O poder disciplinar é definido como “um poder discreto, repartido; é um poder que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele exerce” (FOUCAULT, 2006, p. 28). Para esse autor,

o poder psiquiátrico é antes de nada, certa maneira de gerir, de administrar; antes de ser como que uma terapia ou uma intervenção terapêutica: é um regime, [...] que se espera dele certo número de efeitos terapêuticos – regime de isolamento, de regularidades, emprego de tempo, sistema de carências médicas, obrigação de trabalho, etc. (FOUCAULT, 2006, p. 217).

Dessa forma, o poder psiquiátrico, como um exercício decorrente do poder disciplinar, “é, portanto, domínio, tentativa de subjugar, [...] e que me parece perfeitamente característico

dessa empreitada ao tempo de regime e de domínio, de regularidade e de luta, é a noção de ‘direção’” (FOUCAULT, 2006, p. 218). É sob essas configurações de poder que a psiquiatria vai orientar suas práticas no decorrer do século XIX até meados do século XX.

Com o surgimento de movimentos de insurreição contra as práticas cruéis e desumanas de tratamento que foram se instaurando no percurso histórico da psiquiatria e de suas formas de lidar com os doentes mentais e a loucura, destacou-se a contribuição de Freud, através da Psicanálise, pois, no parecer de Duarte (2003, p. 178), “a Psicanálise representou o polo mais típico dessa especificidade, pelo seu explícito distanciamento da cosmologia fisicalista e pela sua proposta de uma terapêutica simbólica e relacional”.

No início do século XX, os seguidores de Freud (1856-1939) — Alfred Adler (1870-1937) e Carl-Gustav Jung (1875-1961), entre outros —, propuseram uma nova e contrastante maneira de perceber a doença mental e lançaram o movimento psicanalítico (ALVES, 2011). Adeptos da abordagem psicodinâmica defendiam o papel dos fatores psicológicos na doença mental, opondo-se, assim, à corrente organicista. A doença já não era apenas o resultado de malformações genéticas ou orgânicas, mas também um estado de afetações psíquicas ligado à história do sujeito.

A abordagem psicodinâmica⁵¹ conquistou espaço no campo terapêutico dos transtornos mentais, como força opositora ao modelo organicista predominante. Esse novo entendimento comportava mudanças na percepção do desenvolvimento da doença mental, e na sua terapêutica, propondo inovações nas formas de tratamento, provocando, assim, uma ruptura com o modelo organicista. Além da força da Psicanálise, novos movimentos foram se constituindo e se instalando nesse campo, como a psiquiatria social e outros, que ficaram conhecidos como “Antipsiquiatria”. Esses movimentos, representados por Goffman, Szasz, Laing, Foucault, Basaglia, entre outros, vão definir transformações históricas no *modus operandi* da Psiquiatria e mudanças nas políticas e práticas de institucionalização do doente mental.

3.2.4 A crítica institucional (a antipsiquiatria) e mudanças de paradigmas nos cuidados de saúde mental

⁵¹A influência da Psicanálise na mudança de olhar e tratamento da doença mental é considerada a segunda revolução; a primeira aconteceu no momento em que a tônica dos cuidados, com o dito doente mental, se deslocou dos cuidados estritamente médicos. A terceira revolução passou a ser considerada no momento em que se passou a utilizar os métodos de grupo e de terapia pelo meio social, com o surgimento da “Comunidade Terapêutica”, nos Estados Unidos. O conceito pressupõe interação social em comunidade, conforme Alves (2011, p. 38).

Foucault (2006) se reporta à “antipsiquiatria”, que ele prefere nomear de “crítica institucional”, como movimento de crítica à instituição asilar que se desenvolveu a partir dos anos 1930-1940. Para o autor, esse movimento

partiu, ao contrário, não de um discurso psiquiátrico que se supõe verdadeiro para dele deduzir a necessidade de uma instituição e de um poder médico, mas sim do fato da instituição, do funcionamento da instituição, da crítica da instituição, para evidenciar, por um lado, a violência do poder médico que nela exercia e, por outro lado, os efeitos de desconhecimento que perturbavam logo de saída a suposta verdade desse discurso médico (FOUCAULT, 2006, p. 49).

Mais recentemente, a OMS (2007) reconhece que durante a segunda metade do século XX assistiu-se a uma mudança no paradigma dos cuidados de saúde mental. Tal transformação contém três aspectos, de certa forma, autônomos entre si: o progresso significativo na psicofarmacologia, com a descoberta de novas classes de medicamentos, principalmente os agentes neurolépticos e antidepressivos, e o desenvolvimento de novas formas de intervenção psicossocial; o movimento dos direitos humanos que se transformou em um fenômeno verdadeiramente internacional, sob a base da recém-fundada ONU⁵² (após a Segunda Guerra Mundial) e a democracia fez avanços em todo o mundo. Por último, foi firmemente incorporado um elemento mental ao conceito de saúde definido pela recém-criada OMS. Juntos, esses fatos estimularam o repúdio dos cuidados aos doentes mentais, em grandes instituições segregacionistas (carcerárias) a favor de um tratamento mais flexível em lugares abertos na comunidade (OMS, 2002, p. XXII).

Assim, percebe-se que, apesar das mudanças e dos avanços em muitos aspectos, os cuidados de pessoas consideradas doentes mentais, no decorrer dos tempos e na maioria dos casos, parecem ter sido de práticas estigmatizadoras, preconceituosas e desumanas (GOFFMAN, 1974, 2004). Isso me leva a entender que, em alguns contextos, o trato com essas pessoas ainda exibem a sua face cruel e violenta, constituindo-se um desafio em pleno século XXI: o de mudar as reais condições para enfrentar as demandas provocadas pelos cuidados à doença mental.

Em relação às mudanças nesse campo, Coser (2006, p. 41), ao analisar as transformações do saber e as práticas da Psiquiatria no seu percurso histórico, considera que, apesar dos diversos movimentos nacionais e internacionais que viabilizaram a desospitalização da assistência, através da reforma da instituição psiquiátrica, a atualidade

⁵²Fundada em 24 de outubro de 1945, na cidade de São Francisco (Califórnia – Estados Unidos).

“pode representar o surgimento de uma teia asilar muito mais sutil e perigosa do que o manicômio”.

Coser (2006) indica ser necessária, como estratégia preventiva contra essa possível postura, a ampliação de esforços relacionados à formação de uma mentalidade que efetivamente inaugure tempo novo na assistência ao sofrimento psíquico. O Ministério da Saúde, no Brasil, comunga com essa observação quando afirma: “a conscientização política se faz presente para a ampliação desses serviços, de forma igualitária e humanizada, proporcionando aos portadores de transtornos mentais a possibilidade de reinserção social” (BRASIL, 2008, p.10).

Sobre o investimento nos programas de cuidados e de atenção à saúde mental, a OMS (2002) admite que ainda existem graves problemas a serem superados.

Em muitos países em desenvolvimento, os programas de cuidados em saúde mental têm baixa prioridade. A dotação de recursos é limitada a um pequeno número de instituições que geralmente estão com excesso de lotação e pessoal insuficiente e ineficiente. Os serviços denotam pouca compreensão das necessidades dos doentes ou da variedade de abordagens disponíveis para tratamento. Não há cuidados psiquiátricos para a maioria da população. Os únicos serviços existentes estão situados em grandes hospitais psiquiátricos, que funcionam numa perspectiva mais penal do que terapêutica. Não são facilmente acessíveis e convertem-se em comunidades fechadas, isoladas da sociedade em geral. (OMS, 2002, p. XXIII).

A OMS também reconhece a existência de serviços localizados em grandes hospitais que funcionam ainda com uma postura mais penal do que terapêutica, não obstante os movimentos contrários ao cenário de desumanidade e crueldade em que foram tratadas as pessoas consideradas doentes mentais nesses períodos de profusa captura e reclusão das subjetividades que foram rendidas pelo saber e poder psiquiátrico.

É notável o poder da psiquiatria no tratamento dos transtornos psíquicos. Esse saber médico continua sendo percebido, inclusive pelos próprios professores que necessitam dessa especialidade médica, como imprescindível para o seu processo terapêutico, pois o médico psiquiatra é o responsável pela deliberação de seus receituários clínicos, conforme revela a narrativa a seguir:

[...] a maioria dar indisposição, sono, pode ser dos remédios. Esse mês agora eu fiquei um pouco abalado assim, porque a dra. (cita o nome da psiquiatra) disse: “Olha...” Praticamente me liberou né? Ela disse que não ficar mais comigo, que meu caso agora quem tinha que resolver era a psicoterapia. Aí me encaminhou pra (psicóloga), e aí eu fiquei assim... Puxa vida! Em relação ao remédio, pensando assim, “e agora? Quem vai me receitar os remédios para ...”. Aí, depois ela disse: “Não, tu vens aqui no dia marcado e eu te dou tua medicação, aí tu vais lá com a doutora fazer a psicoterapia. [...]. Eu não me senti seguro. Porque, pra mim a dra. [Psiquiatra] é como se fosse uma base forte, assim, no meu tratamento. Mas, assim com certo receio de perder a dra. [...]. De que ela não me atender mais. Um dia desse eu fui lá e falei com a assistente dela, quer dizer, eu acho que a dra. [Psiquiatra] não

quer mais me atender. Eu fui pegar minha medicação e ela disse: “Não, não é isso. É que ela está ocupada”. (Prof. Tobias)⁵³.

O professor Tobias, mesmo reconhecendo os possíveis efeitos negativos da cura psicofarmacológica, revela certa dependência ao médico psiquiatra movida pelo medo de ficar sem a possibilidade de prescrição dos remédios. Essa provável dependência do médico psiquiatra para a prescrição de medicamentos, mesmo com a Rede de Atenção Psicossocial, continua prevalecendo.

3.2.5 A desospitalização através da psiquiatria democrática italiana: breves aportes históricos

Antes de entrar no assunto Rede de Atenção Psicossocial, a fim de traçar uma contextualização, exponho alguns aportes históricos relativos à crítica ao hospitalocentrismo realizada através do movimento da antipsiquiatria, principalmente da Psiquiatria Democrática desenvolvida por Franco Basaglia, médico e psiquiatra italiano que liderou o movimento antimanicomial na Itália, como esclarecem Gaspari e Musci:

Na esteira da Magistratura democrata e Medicina democrata, em 08 de outubro de 1973 Franca Ongaro Basaglia e Franco Basaglia, juntamente com alguns colegas (Domenico Casagrande, Tullio Fragiaco, Vieri Marzi, Gian Franco Minguzzi, Piera Piatti, Agostinho Pirella, Michele Risso, Lucio Schittar, Antonio Slavich, Franco Di Cecco) fundaram em Bolonha o primeiro núcleo de um grupo chamado "Psiquiatria democrática", que nomeia secretário nacional Gian Franco Minguzzi. A organização foi um movimento de trabalhadores na saúde mental comprometido, desde 1961, em uma crítica prática do hospital mental e internação psiquiátrica. Desde a primeira conferência nacional "A prática da loucura" (Gorizia, de 22 a 23 de junho de 1974) a Psiquiatria Democrática foi um organismo representativo da luta pela desinstitucionalização e da exclusão social. Central tem sido sempre a proteção dos direitos das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, em primeiro lugar, depois, seguido pelas estruturas que operam no território. (GASPARI, MUSCI, 2014, p. 85). Tradução minha⁵⁴.

⁵³ Graduado em pedagogia; 38 anos, casado, professor do GEA deste de 1996, 20 anos de docência. Está no Modular desde 2004, há 12 anos. No momento da entrevista trabalhava em uma escola na comunidade próxima de Macapá, com o Ensino Fundamental II. Sofre de depressão e ansiedade, faz acompanhamento psicossocial a partir de 2013.

⁵⁴ Texto original: “Sull'onda di Magistratura democratica e di Medicina democratica, l'8 ottobre 1973 Franca Ongaro Basaglia e Franco Basaglia, insieme ad alcuni colleghi (Domenico Casagrande, Tullio Fragiaco, Vieri Marzi, Gian Franco Minguzzi, Piera Piatti, Agostino Pirella, Michele Risso, Lucio Schittar, Antonio Slavich, Franco Di Cecco), fondarono a Bologna il primo nucleo di un gruppo denominato "Psichiatria democratica", nominando segretario nazionale Gian Franco Minguzzi. L'organizzazione rappresentava un movimento di operatori nell'ambito della salute mentale impegnati, fin dal 1961, in una critica pratica al manicomio e all'internamento psichiatrico. Sin dal primo convegno nazionale “La pratica della follia” (Gorizia, 22-23 giugno 1974) Psichiatria democratica è stato un organismo rappresentativo della lotta per la de-istituzionalizzazione e contro l'emarginazione sociale. Centrale è sempre stata la tutela dei diritti delle persone prima ricoverate negli ospedali psichiatrici, poi seguite dalle strutture operanti nel territorio”. (GASPARI, MUSCI, 2014, p. 85)

As representações sociais e as formas de lidar com a doença mental que atravessam a história sofreram vários processos de mudanças, e também os referenciais teórico-metodológicos explicativos da doença mental, as práticas de abordagem no tratamento passaram por evoluções, recuos e se constituem ainda desafios (COSER, 2006). Nesse contexto do enfrentamento às práticas de abordagem da doença mental, destaca-se o psiquiatra italiano Franco Basaglia, principalmente no que se refere à desospitalização e à desinstitucionalização do doente mental (ROTELLI, 2001).

Segundo Amarante (2006), Basaglia foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos manicômios, criando uma nova rede de serviços e estratégias para lidar com as pessoas em sofrimento mental e para o cuidado delas. O psiquiatra italiano iniciou suas atividades em Gorizia⁵⁵, como diretor do hospital psiquiátrico, entre os anos de 1961 a 1968. Tranchina e Teodori (2008) descrevem, detalhadamente, a trajetória e a relevância do papel de Basaglia como ator social e revolucionário na história da psiquiatria italiana.

Rotelli e Amarante (s/d, p. 45) afirmam que é a partir da experiência em Gorizia que o pensamento crítico de Basaglia sobre a instituição psiquiátrica vai se constituindo e se fortalecendo. Esse pensamento, processualmente, é reforçado por desdobramentos posteriores ocorridos em Trieste e, de acordo com Bueno (2011, p. 20), “Trieste é considerada a referência principal de todo o processo de luta contra a manicomização”. Porém, experiências semelhantes começaram a ser desenvolvidas em outras cidades italianas.

Basaglia partiu do pressuposto de que sem liberdade não há possibilidade de tratamento; criticou duramente o sistema vigente de tratamento da loucura, afirmando que “asilado, o doente perde sua capacidade de fazer escolhas, de existir enquanto ser humano e é fadado a alinhar-se aos moldes institucionais, tornando objeto, com rótulos e estigmas criados pelo saber científico no intuito de validar a doença”. Contrário ao aprisionamento do doente mental, o psiquiatra italiano defende: “o doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades” (BASAGLIA, 2000, p. 17).

⁵⁵Franco Basaglia e seus companheiros de trabalho iniciaram as mudanças nas práticas assistenciais no campo da psiquiatria italiana através de duas experiências bastante expressivas na história do movimento da Psiquiatria Democrática: as experiências nos hospitais psiquiátricos das cidades de Gorizia e Trieste. Após a entrada em 1961, de Franco Basaglia no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, cidade localizada ao Norte italiano, o hospital começou a passar por profundas mudanças institucionais. Tal espaço se transformou em um verdadeiro laboratório de experiências significativas e relevantes para pensar e realizar novas formas de olhar e tratamento para a doença mental. Além, de possibilitar um ambiente fecundo, no qual se realizavam críticas teóricas e práticas à psiquiatria da época e ao seu local de ação, o manicômio. Conforme Oliveira (2011). Disponível em: <<http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YTToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czoZnjojYToxOntzOjExOjE6ImgiO3M6MzI6IjcwM2RiZTg0OTJINGZkODMzMjVjZWU1YmE1ZGZkOTQ4Ij9>>. Acesso em 10 de jan. 2017.

A proposta de Basaglia era a de se distanciar da psiquiatria tradicional, que destacava os papéis hierárquicos e a categorização das doenças e seus sintomas. Na visão de Bueno (2011, p. 31) há uma ênfase no trabalho basagliano em “buscar compreender o que o paciente se tornou após a internação e enxergar quem é doente e como ele interage com o mundo, priorizando a liberdade e, por conseguinte, a vertente terapêutica desse ato”. Nesse sentido, Rotelli e Amarante (s/d, p. 45), apoiados em Dell’Acqua (1987), reafirmam:

a experiência de Trieste conduziu à destruição do manicômio, ao fim da violência e do aparelho da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando ser possível a constituição de um “circuito” de atenção que ao mesmo tempo em que oferece e produz cuidados, oferece e produz novas formas de sociabilidade e de subjetividade para aqueles que necessitam de assistência psiquiátrica.

As experiências de Basaglia e sua dedicação à luta contra a institucionalização manicomial favoreceram a criação da Lei 180, aprovada na Itália, em 13 de maio de 1978, que produziu a extinção do manicômio. Franco Basaglia, através do movimento da Psiquiatria Democrática, exerceu grande influência sobre a reforma psiquiátrica brasileira. O movimento Psiquiatria Democrática constituiu-se a partir de 1973, segundo Rotelli e Amarante (s/d, p. 45), “com o objetivo de construir bases sociais cada vez mais amplas para a viabilização da reforma psiquiátrica em todo o território italiano”. A psiquiatria democrática forneceu suportes ideológicos e práticos significativos para a reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

No Brasil, a discussão acerca da humanização do tratamento do doente mental teve início da década de 1970, momento em que diversos setores da sociedade brasileira se mobilizavam em torno da redemocratização do país. O movimento denominado “Reforma Psiquiátrica” constituiu-se no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, surgindo, assim, em meio ao clima de efervescência de organização social e civil que dominava o Brasil contra a ditadura militar, colocando em discussão o modelo psiquiátrico de produção de conhecimento sobre a doença e sobre a noção de terapêutica (AMARANTE, 1997; FONTES et al., 2013).

Nos primeiros passos da Reforma Psiquiátrica brasileira, o campo teórico e ideológico foi fortemente marcado pelas experiências em outros países que vivenciaram transformações da instituição psiquiátrica, como Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor e Antipsiquiatria. No interior do movimento da Antipsiquiatria destaca-se a influência da Psiquiatria Democrática. Segundo Amarante (1997, p. 178), a experiência desencadeada pelo movimento ideológico da psiquiatria democrática italiana deu início a uma profunda

transformação epistemológica e cultural quanto à questão da loucura e da própria psiquiatria médica. Essas ideias inovadoras influenciaram fortemente a reforma psiquiátrica brasileira.

Na opinião de Amarante (1997), o movimento da psiquiatria democrática italiana, epistemologicamente, foi influenciado, marcadamente, por Foucault (2006), que critica a prática psiquiátrica, e por Goffman (1974) que insere a análise da internação como dispositivo da “Instituição Total”. Este último autor agrega reflexões complementares sobre a natureza do asilo, esmiuçando os mecanismos e o sistema dessa modalidade de institucionalização, na qual se destacam o ‘tratamento moral’, a ‘estigmatização’, a ‘carreira moral’ e a ‘profanação do eu’, contribuindo, assim, para a construção de estratégias de desinstitucionalização.

Segundo Amarante (1997), o termo ‘desinstitucionalização’ surgiu nos Estados Unidos, a partir do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy; porém, foi a experiência de Basaglia que demonstrou ser possível, na prática, estabelecer outra relação com a loucura. Para Amarante (1997, p. 180), “a desinstitucionalização surge como uma estratégia de desmontagem dos aparatos jurídicos, conceituais e socioconceituais que se edificaram sobre a noção de doença mental”.

Ressalto que, conforme registros das *Conferenze Basagliane* (2000), o líder do movimento da psiquiatria democrática esteve em várias ocasiões no Brasil. Sua primeira visita foi em 1975, quando estava no auge de sua campanha pelo fechamento do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, fato que veio a ocorrer em novembro de 1976.

Para Rotelli, a vinda de Basaglia ao Brasil, nesse período, não teve muitas repercussões devido ao momento histórico-político do Brasil à época. Em outubro de 1978, Basaglia faz nova visita, desta vez para participar de um simpósio de psicanálise no Rio de Janeiro, “onde provoca enormes polêmicas e singulares momentos de reflexão” (ROTELLI; AMARANTE, s/d, p. 47). Em 1979, Franco Basaglia retornou outra vez ao Brasil para uma série de conferências, palestras, encontros e debates, principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Nesse período, o contexto histórico-político no Brasil caracterizava-se pela abertura política e esse fato favoreceu as manifestações e participações de movimentos sociais.

No campo da saúde mental são registradas várias iniciativas de denúncias contra a política privatizante da assistência psiquiátrica por parte da Previdência Social contra as condições de atendimento psiquiátrico à população, marcado pela violência institucional, a desassistência e a marginalização promovidas pelas instituições psiquiátricas, como menciona Amarante (2006, p. 34):

para nós a vinda de Basaglia ao Brasil naquele ano de 1978 foi considerada a “sorte grande”. E ele retornou ao país no ano seguinte, quando fez uma visita ao Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, um dos mais cruéis manicômios brasileiros. Suas visitas seguidas acabaram produzindo uma forte e decisiva influência na trajetória de nossa reforma psiquiátrica.

De acordo com Amarante (2006, pp. 33-34), no Brasil vários acontecimentos se desenvolveram, fortalecendo as ideias da reforma psiquiátrica⁵⁶. Entretanto, nesse contexto, duas leis consolidaram a direção da política de saúde mental no Brasil, segundo Fontes et al. (2013, p. 118), no sentido da desospitalização da assistência psiquiátrica e do respeito aos direitos humanos do paciente.

A Lei Federal nº. 10.216, de abril de 2001, com base na Lei Paulo Delgado, sobre a extinção dos manicômios, criação de serviços substitutivos na comunidade e regulação do internamento psiquiátrico compulsório (aprovada no Congresso após 10 anos de tramitação);

A Lei Federal nº. 10.708, de julho de 2003, instituindo o Programa “De Volta para Casa” (conhecida como “Bolsa Auxílio”), que assegura recursos financeiros que incentivam a saída de pacientes com longo tempo de internamento dos hospícios para a família ou comunidade.

Outras legislações, além dessas leis, foram importantes, como a Portaria n. 336/02, que regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, introduzindo as modalidades CAPS I, II e III, CAPSi e CAPS ad; e a Portaria n. 106 de 2000, que dispõe sobre as Residências Terapêuticas. Na visão de Fontes *et al.* (2013, p. 118), “o período de 1990 a 2003 concentra a máxima intensidade política e normativa do que podemos chamar no Brasil de Reforma Psiquiátrica”. Complementando esse conjunto de legislações acerca da gestão e

⁵⁶Em 1978, no contexto da redemocratização do país, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tornando-se ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental. Em dezembro de 1987, no encontro dos trabalhadores em saúde mental em Bauru, surgiu uma nova e fundamental estratégia que busca envolver a sociedade no processo de discussão e encaminhamento das questões relacionadas à saúde mental, cujo lema era: “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1989, dois outros acontecimentos marcaram essa trajetória. O primeiro foi a intervenção pela Prefeitura de Santos na Casa de Saúde Anchieta (hospício privado que contava com mais de 500 internos). A intervenção deu início ao fechamento do hospício e à substituição do modelo assistencial, com a criação de Centros de Atenção Psicossocial. Amarante (2006, p. 34) considera o fechamento dessa clínica uma das principais consequências de aproximação ao modelo basagliano. O outro foi o surgimento do Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com substituição por outras modalidades assistenciais e tecnologias de cuidados. A década de 1990 inaugura a fase da institucionalização da reforma psiquiátrica, com macro mudanças legislativas, jurídicas e administrativas, que vão garantir a operacionalização de novas práticas terapêuticas. Entre elas destacam-se as Portarias 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde, que abriram a possibilidade, até então inexistentes, para que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa financiar outros procedimentos assistenciais que não o simples leito/dia ou consulta ambulatorial. Nesse mesmo período começam a se materializar os serviços extra-hospitalares, para que sejam intermediários ou substitutivos do manicômio, como a implantação dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais Dia (AMARANTE, 2006).

regulamentação dos direitos das pessoas que sofrem de alguma forma de adoecimento mental, o Ministério da Saúde, através do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011, instituiu a regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), articulada com a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Faço, a seguir, uma breve exposição sobre as RAPS e contextualizo a rede de saúde local, compreendendo o quadro situacional dos serviços de atenção psicossocial à saúde mental, disponível no Amapá.

3.3 Saúde mental e atenção psicossocial: dispositivos médico-psicológicos

“Vivemos numa época ao mesmo tempo fabulosa e estranha no campo da saúde mental. Dispomos, por um lado, de conhecimento e tecnologias para fazer frente aos diversos padecimentos que transtornam as subjetividades, o que propicia satisfação aos profissionais e tranquilidade aos que necessitam de seus cuidados” (COSER, 2006, p. 21).

Quais os cuidados e quem, efetivamente, presta cuidados aos sujeitos portadores de transtornos mentais hoje? Como a psiquiatria, atualmente, se coloca no seu saber e práticas? (COSER, 2006, p. 64). No decorrer da história de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico, Birman (2006) *in* Coser (2006, p. 15) considera que “os asilos psiquiátricos se transformaram no espaço para a exclusão social da experiência da loucura, onde campeava a morte, o não reconhecimento dos direitos humanos e a violência em estado puro”.

Para a prática de mudanças de mentalidades e práticas de cuidados a favor da dignidade de pessoas que tiveram suas vidas tolhidas através das práticas de internamento, isolamento social e exclusão desumana em hospitais psiquiátricos foram necessárias duras lutas empreendidas pelos movimentos a favor da reforma psiquiátrica, tanto no contexto internacional quanto nacional para que se efetivassem algumas transformações.

Nesse contexto, entra em cena a abordagem da atenção psicossocial que defende um novo olhar sobre a doença e as práticas de cuidados ao “doente mental”. Esse modelo teve sua origem a partir de lutas de movimentos de crítica à psiquiatria, como a Antipsiquiatria, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria Democrática Italiana que defendiam “ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas de valorização e respeito às subjetividades, como alternativa para a substituição do modelo asilar e do paradigma psiquiátrico”, conforme Guimarães (2011, p. 12).

Sob a ótica do modelo da atenção psicossocial, o “doente mental” é considerado uma pessoa “em sofrimento psíquico”, que se torna fundamental no tratamento, juntamente com seus familiares e o ambiente social em que vive. Os profissionais envolvidos no tratamento

formam a equipe multiprofissional e devem atuar de modo interdisciplinar em diversos serviços que formam a Rede de Saúde com foco na reabilitação psicossocial e na reinserção sociocultural dos usuários. Portanto, a ênfase não mais deve centrar-se na doença, mas no sofrimento existencial do indivíduo e no seu relacionamento com o corpo social (AMARANTE, 2007; GUIMARÃES, 2011).

3.3.1 A Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Amapá (RAPS-AP)

“No campo da saúde mental e atenção psicossocial se tem utilizado falar de sujeitos “em” sofrimento psíquico ou mental, pois a ideia de sofrimento nos remete a pensar em um sujeito que sofre, em uma experiência vivida de um sujeito”. (AMARANTE, 2007, p.68)

Neste tópico, situo a Rede de Atenção Psicossocial do Amapá (RAPS-AP), antes de me debruçar, especificamente, sobre o meu contexto empírico de investigação, a Casa do Professor, que se localiza dentro da lógica dessa Rede, a atenção psicossocial. Também apresento dados sobre a saúde mental no estado do Amapá, como forma de caracterizar os aparelhos de cuidados às pessoas em sofrimento psíquico, e falo, brevemente, sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas articulações, tendo presente que o meu objeto de investigação trata de pessoas em sofrimento psíquico e que alguns dos professores em atendimento na Casa do Professor também estão sob os cuidados de dispositivos médico-psis de atenção psicossocial vinculados à RAPS-AP.

A RAPS-AP integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵⁷ do Sistema Único de Saúde (SUS), em âmbito nacional. A implantação das RAS segue a estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS) de implantar as Redes Temáticas nas regiões metropolitanas⁵⁸.

⁵⁷Esta é representada por um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Foi instituída por meio da Portaria nº. 3.088 de 23 de dezembro de 2011 e tem como objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover a vinculação das pessoas em sofrimento psíquico/transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Além da Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, tem-se o Decreto nº. 7.508, também de 2011, que regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, a qual considera que para dispor sobre a organização do SUS, são necessários o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa dentre os diversos dispositivos que compõem a Rede de atendimento do SUS (BRASIL, 2015, p. 9).

⁵⁸A partir da Portaria GM/MS nº. 4.279/2010, que organiza no SUS as RAS, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no período de junho de 2011 a fevereiro de 2013, para serem implantadas nas regiões de saúde do país: Rede Cegonha, por meio da Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011, Rede de Urgência e Emergência (RUE), por meio da Portaria GM/MS nº. 1.600, de 7 de julho de 2011; Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Raps), pela Portaria GM/MS nº. 3.088, de 23 de dezembro

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), o movimento de implantação das RAS prioritárias vem acontecendo em todo o país. Essas Regiões de Saúde são assim definidas:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p. 18).

As RAS devem ser instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, conforme o Art. 4º do Decreto nº. 7.508/2011 que preconiza no Art. 5º que: “para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde” (BRASIL, 2011, p.19).

As ações das Regiões de Saúde devem ser integradas à Rede de Atenção à Saúde⁵⁹, como preconizam suas diretrizes: “a Rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas” (BRASIL, 2011, p. 3).

Entre as diversas ações e serviços de atenção à saúde, promovidas pela Rede, encontram-se os cuidados de atenção psicossocial. Esses serviços, segundo as diretrizes instituídas (BRASIL, 2011) devem ter uma estrutura bastante flexível⁶⁰ e não se tornem espaços burocratizados, mas que desenvolvam atitudes que ponham em foco as pessoas e não a doença, como defendia Basaglia (2000, p. 34): “a doença deve ser colocada entre parênteses”, para dessa maneira, conduzir condutas e práticas de cuidados às pessoas em

de 2011; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), Portaria GM/MS nº. 793, de 24 de abril de 2012; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Portaria GM/MS nº. 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2015, p. 10).

⁵⁹As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010. Portaria nº. 4.279, de 30/12/2010).

⁶⁰Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; Combate a estigmas e preconceitos; Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; Diversificação das estratégias de cuidado; Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania; Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos; Participação dos usuários e de seus familiares no controle social; Organização dos serviços em rede de atenção à saúde, com estabelecimento de ações Inter setoriais para garantir a integralidade do cuidado; Promoção de estratégias de educação permanente; Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular, conforme (BRASIL, 2011).

sofrimento psíquico conforme foram estabelecidas nos referenciais normativos (BRASIL, 2011).

Para se compreender o funcionamento e as articulações da RAPS-AP com outros dispositivos médicos, apresento o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Articulações da Rede de Atenção Psicossocial

Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde Núcleo de Apoio a Saúde da Família Consultório na Rua Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Regime Residencial Unidade de Acolhimento Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

Fonte: Brasil (2011, p. 30).

Entre os dispositivos apresentados situo o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas diferentes modalidades.

3.3.2 Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e seu funcionamento no estado do Amapá

Os CAPS são dispositivos constitutivos da RAPS destinados a acolher pessoas com sofrimento psíquico. Estabeleceram-se como um espaço terapêutico, aberto e regionalizado, com papel estratégico na RAPS, cujo objetivo é estimular a integração social e familiar e apoiar os usuários em suas iniciativas em busca da autonomia.

Nesses centros, atua uma equipe multidisciplinar que oferece cuidados em diferentes especialidades, nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, através de uma diversidade de estratégias que incluem atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades da vida diária, de suporte social, atividade física, entre outras); em

oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias, enfocando a integração da pessoa em sofrimento ou com transtorno mental, inclusive o decorrente do abuso/dependência de álcool e outras drogas, “visando sua inserção familiar e social e melhorando sua qualidade de vida”, como elucidada a Coordenação Estadual de Saúde Mental (CESM), da Secretaria de Saúde do Amapá (SESA), no Plano Estadual da Rede de Atenção Psicossocial (2013, p. 6).

Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. De acordo com documento oficial do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS foram criados em 2002, destinados a acolher os pacientes com transtornos mentais, tendo como principais funções: estimular a integração social e familiar desses sujeitos, apoiá-los em suas iniciativas em busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrar as pessoas em sofrimento psíquico em ambiente social e cultural concreto, designado como seu território⁶¹, isto é, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares.

Os CAPS estão organizados, classificados, distribuídos e caracterizados para cumprir e atender necessidades específicas, de acordo com modalidades de sofrimento mental e contingentes populacionais⁶² (BRASIL, 2011).

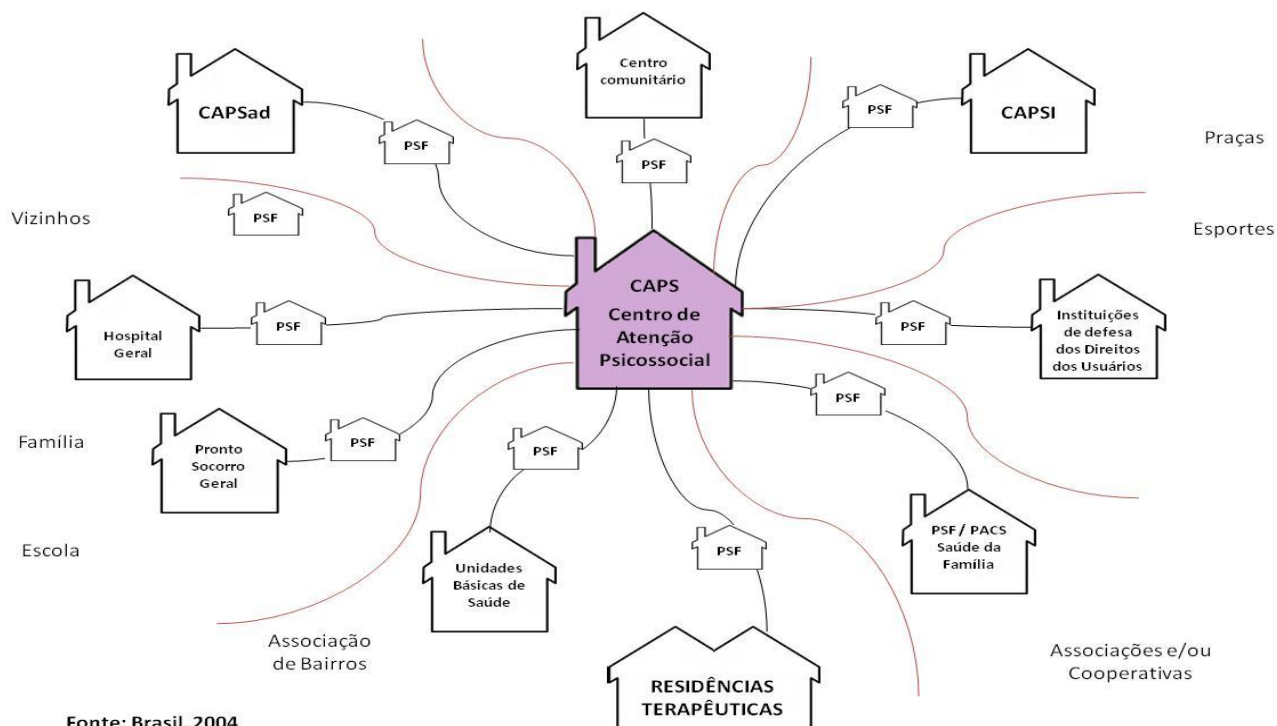
Os CAPS, na qualidade de dispositivos de atenção psicossocial, devem estar articulados com a rede de serviços de saúde e necessitam, permanentemente, de outras redes

⁶¹O conceito de território, no contexto da saúde mental, está presente em múltiplas dimensões e sentidos. “Aparece em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e no planejamento das ações locais, e é elemento central para organizar a rede de cuidado na atenção psicossocial” (LIMA; YASUI, 2014, p. 593).

⁶²CAPS I: Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes; CAPS II: Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes; CAPS III: Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes; CAPS AD: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes; CAPS AD III: Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes e CAPS i: Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário Indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (BRASIL, 2011).

sociais e de outros setores afins para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais.

Figura 2 – A Rede de Atenção à Saúde Mental na concepção do MS



Fonte: Brasil, 2004

Fonte: Brasil (2004). Adaptada pela autora.

O Brasil conta com cerca 2.209 CAPS, segundo Relatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), mas a distribuição ainda é desigual. Essa disparidade é evidenciada no estado do Amapá, como é destacado no Plano Estadual Rede de Atenção Psicossocial do Amapá (AMAPÁ, 2013 p. 5) da Coordenadoria de Saúde Mental do Amapá (CSMA):

Dos 27 estados, só a Paraíba e Sergipe têm Centros de Atenção Psicossocial/CAPS suficientes para atender ao parâmetro de uma unidade para cada 100 mil habitantes. A exemplo dos demais estados, o Amapá não tem uma rede estruturada, regionalizada e hierarquizada em saúde mental que atenda a demanda de acordo com as necessidades dos usuários. O estado possui um número crescente de usuários com transtornos mentais, que devido aos problemas do mundo contemporâneo vem sendo desencadeado com mais frequência, incluindo adolescentes com primeiro surto (CAPS i, 2012), chegando a ser preocupante a atual situação vivenciada no Estado. Atualmente o único serviço de referência no atendimento aos usuários é a Clínica de Saúde Mental. Os usuários inseridos neste serviço recebem apenas atendimento psiquiátrico, de enfermagem e farmacológico.

O trecho acima evidencia um número crescente de transtornos mentais e que o estado do Amapá difere de alguns estados brasileiros, porque não possui uma rede de atenção psicossocial bem estruturada que atenda as demandas de cuidados às pessoas nessa área.

Michelle Malemá, chefe da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado (CSME), vinculada à Secretaria de Saúde do Amapá (SESA), no período de 2010 a 2014, em entrevista concedida, relata que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) vem sendo ampliada no Amapá a partir de abril de 2013. Os passos iniciais ocorreram com a instalação de novos CAPS no Estado e da instituição de outros dispositivos de atenção psicossocial, entre os quais: Consultório na Rua; e o Polo de Saúde Mental na Atenção Básica, vinculado à Unidade Básica de Saúde São Pedro.

O processo de integração de novos aparelhos de atenção às pessoas em sofrimento psíquico e social inclui ainda: o Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e outras Drogas, e a Linha de Cuidado para atenção às pessoas com Autismo. Mas ainda há desafios e necessidades bem presentes, como informa Malemá:

Observa-se que ainda há dificuldades no acolhimento das pessoas com transtorno mental, com sofrimento psíquico e usuários de álcool e drogas na atenção básica. Há casos que não demanda atenção especializada ofertada nos CAPS. A proposta é que o cidadão seja atendido mais próximo de sua casa. (Entrevista concedida em 16 de dezembro de 2014).

Para se compreender as necessidades de novas instalações desses dispositivos para atender as necessidades da população do Estado, e que justifiquem a criação do “dispositivo de atendimento específico para os trabalhadores docentes” no Estado, o “Psicossocial da SEED” – “Casa do Professor” (SEED), cito alguns dados sobre a situação das instalações e dos serviços de saúde no estado do Amapá.

3.3.3 Instalações da Rede de Saúde no estado do Amapá

A CSME/SESA (2013, p. 5) reconhece que “o Amapá não tem uma rede estruturada, regionalizada e hierarquizada em saúde mental que atenda a demanda de acordo com as necessidades dos usuários”. A rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, do Amapá, conta com 86% de estabelecimentos sob a gestão municipal e 12, 96% sob a gestão estadual.

Quanto às condições desses equipamentos, 43,32% são postos de saúde com pouca infraestrutura física, de equipamentos e de profissionais para atender suas populações; 27,64% são Unidades Básicas de Saúde, nas quais se misturam as equipes de saúde das unidades básicas tradicionais e as equipes de saúde da família, dificultando à população o reconhecimento desses profissionais enquanto referência para sua comunidade. Conforme

informações fornecidas pela CESH/SESA (2013), os dados referentes aos aparelhos que compõem a rede de saúde no Estado se apresentam conforme detalhado no quadro abaixo:

Quadro 2 - Tipos de estabelecimentos por Gestão Municipal e Estadual/2012.

Tipo de Estabelecimento	Municipal	Estadual	Total
Centro de Atenção Psicossocial	2	2	4
Centro de Saúde /Unidade Básica	81	1	82
Clínica/Centro de Especialidade	4	7	11
Farmácia	1	1	2
Hospital Especializado	0	2	2
Hospital Geral	1	5	6
Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)	0	1	1
Policlínica	0	1	1
Posto de Saúde	124	0	124
Pronto Socorro Geral	0	1	1
Unidade de Atenção à Saúde Indígena	17	1	18
Unidade Mista	0	8	8
Unidade Móvel Terrestre	2	1	3
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar na Área de Urgência	4	3	7

Fonte: CNES/DATASUS, 2012.

3.3.4 CAPS existentes no estado do Amapá por modalidade de atendimento

O Plano Estadual de 2013 da CESH/SESA contém registros do quantitativo dos CAPS existentes no estado do Amapá e afirma que estes respondem apenas por 10% da demanda existente de saúde mental, álcool e outras drogas. Essa informação é confirmada pelo Relatório Saúde Mental em Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), quando avalia que “a cobertura por serviços socioassistenciais é uma das menores do país e a pior da Região Norte”. Sobre essa carência, a coordenadora da CESH/SESA (2014) analisa:

Os vazios assistenciais se refletem numa assistência fragmentada e, no âmbito da atenção a pessoas com transtornos mentais, está reduzida ao ambulatório de psiquiatria que acumula 10.000 prontuários de pessoas em atendimento, conseqüentemente, o lapso de tempo entre as consultas psiquiátricas varia de três a cinco meses, pois faltam serviços de atenção diária (Entrevista concedida em 16 de dezembro de 2014).

Quanto ao número específico de CAPS, no estado do Amapá até 2013, de acordo com informações contidas no Relatório da CESH/SESA (2013), eram:

Quadro 3 - Cobertura por serviços sócios assistenciais

CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS AD II	CAPS AD III
0	0	0	01	02	01

Fonte: CESH/SESA (2013).

É importante ressaltar que o número de CAPS no estado do Amapá foi alterado positivamente nesses últimos dois anos, com a implantação de novos CAPS, principalmente em municípios mais distantes da capital. Conforme consta no Quadro 2, havia quatro CAPS no Estado, em 2013. Em 2016 esse número foi duplicado, conforme distribuição no Quadro 4.

Quadro 4 - CAPS no estado do Amapá/2016.

Municípios	Caps I	Caps II	Caps III	Caps i	Caps Ad II	Caps Ad III
Macapá			01	01	01	
Santana					01	
Laranjal do Jari				01		
Oiapoque				01		
Vitória do Jari				01		
Tartarugalzinho				01		
Total			01	05	02	

Fonte: CSME/SESA/2016.

Esses serviços encontravam-se distribuídos em maior número na capital do Estado. Dos dezesseis municípios que compõem o Estado, apenas seis eram contemplados. E a coordenadora de saúde acrescenta que

a gestão municipal de Macapá não implanta novos serviços CAPS desde 2007 e sua rede se resume a 01 CAPS i que atua de maneira desarticulada com a atenção básica e outros serviços da rede e o seu funcionamento se encontra aquém das necessidades da população e por estar localizado no extremo sul da capital, deixando desassistida a população dos bairros da zona norte e oeste que encontram muitas dificuldades de acesso devido a distância e a limitação de linhas de ônibus (Coordenadora da CESM/SESA, 2014).

Nesse contexto, apresento o CAPS Ad, por sua relação de parceria com a Casa do Professor no atendimento de docentes que necessitam de seus serviços.

O CAPS Ad II, denominado “Espaço Acolher de Macapá”, é um serviço público estadual, inaugurado há dois anos. Funciona de segunda à sexta-feira, das 8h às 19h, e atende toda a demanda da capital por ser o único serviço desse porte. Devido à falta de oferta do acolhimento noturno por outras instituições, há dificuldade de se oferecer cuidado contínuo aos pacientes com alta vulnerabilidade social e à saúde, tornando-se “um dos grandes desafios enfrentados pelo serviço” (Coordenadora da CESM/SESA, 2014).

Quadro 5 - Número de pacientes atendidos no CAPS Ad, em Macapá, por faixa etária em 2013.

Faixa etária	Pacientes	Total em %
18 a 24	60	17,8

25 a 31	50	14,8
32 a 38	85	25,2
39 a 45	60	17,8
46 a 52	37	11,0
53 a 59	17	5,0
Mais de 60 anos	9	2,6

Fonte: CAPS-AD/ Macapá/2013.

Quadro 6 - Número de usuários do CAPS Ad, por tipo de substância em 2013.

Substâncias consumidas	Nº de usuários
Álcool	288
Tabaco	230
Maconha	170
Merla	139
Cocaína	66
Crack	164
LSD	13
OXI	14
Outras	26
Múltiplas	206

Fonte: CAPS-AD/Macapá/2013.

No município de Santana⁶³ funciona o CAPS Ad II, chamado “Espaço Vida Viva”. É um serviço público municipal, inaugurado há seis anos, funciona de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, e atende toda a demanda do município e população ribeirinha, sendo o único dispositivo socioassistencial de saúde nessa região. Atende também 115 pacientes com outros

⁶³“O município de Santana localiza-se a 20kms da capital do estado. Teve início do agrupamento populacional em Ilha de Santana, localizada em frente, à margem esquerda do rio Amazonas, em 1753. Os primeiros habitantes eram moradores portugueses e mestiços vindos do Pará, além de índios *Tucuju*, comandados pelo desbravador português Francisco Portilho de Melo, que se evadiu para esta região fugindo das autoridades fiscais paraenses em razão do comércio clandestino de escravos e metais. De sua aliança com Mendonça Furtado obteve o título de Capitão do então povoado de Santana, tendo que em troca disponibilizar uma listagem com aproximadamente 500 silvícolas *tucuju* sob sua guarda. Concentrado em Ilha de Santana, Portilho de Melo e seus agregados conviveram com a redução da força de trabalho indígena, já que a mortalidade também foi significativa, por causa das inadequadas condições de trabalho. Por ordem de Mendonça Furtado foi instalado e fundado o povoado de Santana, em homenagem a Santa Ana de quem os europeus e seus descendentes eram devotos. Em 1946, com a descoberta do manganês em Serra do Navio por Mário Cruz, Santana experimentou um crescimento significativo, em decorrência da instalação da Icomi (Indústria e Comércio de Minérios). Já no final da década de 50, foi construída a Estrada de Ferro do Amapá, com 19 quilômetros lineares, para o transporte do pessoal e escoamento da produção de manganês com destino ao mercado externo. Dadas as condições geográficas ao escoamento via fluvial, é escolhido o Canal Norte do Rio Amazonas que propiciava, pela sua a profundidade e fácil navegabilidade aos navios de grande porte. Assim, é instalado um cais flutuante em frente a ilha de Santana, gerando empregos, atraindo população e incentivando o comércio e industrias de pequeno porte, estimulado a criação de vilas e ampliando a área urbana do povoado. Santana hoje é o segundo maior município do Amapá em termos populacionais, conta com uma população estima em 2016 de 113.854 de habitantes. No censo de 2010, era 101. 262 moradores”. Conforme IBGE (2016). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=160060&search=amapa|santana|infograficos:-historico>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

transtornos mentais, evidenciando a urgência na implantação de um CAPS II. O CAPS Ad de Santana não oferta cuidados intensivos, pois, não dispõe de alimentação e de materiais para oficinas terapêuticas devido às dificuldades de sensibilização do gestor para a aplicação dos recursos financeiros (CESM/SESA, 2013).

Quadro 7 - Usuários com transtornos mentais acompanhados no CAPS-Ad, do Município de Santana/AP.

Patologias com maior incidência	Tempo de acompanhamento	Tipo de Atendimento
Esquizofrenia	Média de 02 anos	Equipe de acolhimento e atendimento médico psiquiátrico e ambulatorial.
Depressão	Tempo indeterminado	

Fonte: Coordenação Municipal de Saúde Mental/Santana (2013 *apud* CESM/SESA, 2013)

Quadro 8 - Pacientes com transtornos decorrentes da dependência de álcool ou outras drogas.

Quantidade	Ativos	69
	Inativos	219
Demanda	Espontânea	102
	Encaminhados	150
	Raps	29
Escolaridade	Fundamental	147
	Médio	87
	Superior	11
	Não consta	31
Sexo	Masculino	227
	Feminino	49
Idade	10 – 17	28
	18 – 21	30
	22 – 30	78
	Mais de 30 anos	143
	Não consta	02

Fonte: CAPS AD Santana, 2013.

Tabela 1 - Tipo de substância usada pelos pacientes atendidos em 2013

Substâncias usadas/nº de casos	
Álcool	134
Crack	92
Maconha	09
Tabaco	20
Merla	03
Cocaína	05
Pasta	00
Cola de sapato	00
Nº de prontuários analisados	288

Fonte: Coordenação Municipal de Saúde Mental (CMSM) - Santana, 2013.

No Relatório do Plano Estadual da RAPS/AP (2013), além desses dados, está registrada a existência da instituição filantrópica denominada “Casa da Hospitalidade”, em Santana, que acolhe crianças e adolescentes de ambos os sexos, em situação de vulnerabilidade social, pessoas com deficiência, em regime de abrigo provisório e Casa Lar. Essa instituição possui 109 acolhidos, dos quais 61 são crianças e adolescentes encaminhados pelo Conselho tutelar de Macapá e Santana. Ainda segundo registros no Plano Estadual da RAPS/AP (2013), existem muitos casos de transtornos mentais e vários outros indicativos de vulnerabilidade decorrentes de insuficiências sociais:

Muitos [usuários] com transtorno mental e com múltiplas deficiências sem condição de moradia permanente, abandonados pelos familiares outros ou com referência familiar desconhecida e a própria identidade desconhecida. Na ala destes pacientes, as suítes minúsculas são individuais, não possui mobiliário ou coisas pessoais, roupas, etc. [Estes usuários] ficam restritos à presença de uma rede para dormir ou uma cama [...]. Aquelas que apresentam retardo mental têm bonecas e outros utensílios. As roupas são de uso comum. Atualmente, existem 24 pessoas adultas na faixa etária de 20 a 64 anos vivendo há mais de 20 anos, nesta condição [...]. Ressalta-se ainda que existem 06 jovens na faixa etária de 10 a 16 anos (PLANO ESTADUAL DA RAPS/AP, 2013, p.41).

Esse documento oficial da CSM/SESA ressalta a necessidade urgente de implantação de serviços residenciais terapêuticos, pois os transtornos mais prevalentes na “Casa da Hospitalidade” são psicoses, esquizofrenia, autismo, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA).

Vale ressaltar que o estado do Amapá não possui registrado em sua história a existência de manicômios ou hospitais psiquiátricos de caráter asilar. A única referência em saúde mental para as pessoas portadoras de transtornos mentais, excetuando-se o álcool e outras drogas, é a Clínica de Saúde Mental vinculada ao Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima, em Macapá, com aproximadamente 10 mil usuários cadastrados, inaugurada na década de 1950.

Nessa Clínica são atendidos adultos e adolescentes com transtornos mentais severos, moderados, leves e persistentes (psicóticos e neuróticos graves) e funciona em dois blocos: o ambulatório de psiquiatria, com marcação de consulta interna, de segunda a sexta-feira, no horário de 8h às 18h; e a internação, que funciona durante 24 horas, com 16 leitos, divididos em três enfermarias, com uma média de 160 internações por ano, em prédio isolado, próximo ao Hospital das Clínicas, com estrutura física manicomial, caracterizada por seus muros altos, portões e guarita de segurança, contradizendo, assim, a qualidade e a aplicabilidade das diretrizes recomendadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O cuidado em Saúde Mental, desse modo, ainda sofre forte influência do modelo psiquiátrico no que diz respeito às práticas institucionais existentes. Conta com uma equipe multiprofissional composta por 40 profissionais, sendo oito enfermeiros, 23 técnicos de enfermagem, cinco psiquiatras, uma psicóloga e duas terapeutas ocupacionais, um assistente social, além de profissionais de apoio administrativo, serviço de limpeza, alimentação, lavanderia e segurança terceirizados, de acordo com o Plano Estadual/RAPS-AP, de 2013.

Segundo a minha interlocutora, coordenadora da CESH/SESA (2014), o tempo médio de permanência dos pacientes internados é de 30 dias, variando de cinco dias a vários meses quando não é encontrada a referência familiar. Da demanda de pacientes novos para internação por semana, no entanto, apenas a metade consegue leito, ficando o restante em observação no Hospital de Emergência, como demanda reprimida. Assim, a taxa de reintegração social é alta, ficando em torno de 50% no período de três meses, devido, principalmente, à falta de adesão ao tratamento e à falta de acompanhamento pós-alta, seja pela inexistência de serviço que configure porta aberta de atenção diária, seja pela falta de mobilização da rede básica para o cuidado.

No Quadro 9 apresenta-se o número de internações registradas no ano de 2012, porém, considerando-se o fluxo intenso de pacientes, minha interlocutora observa que esses dados não condizem com a realidade de fato, por provável deficiência na sua atualização por parte do hospital.

Quadro 9 - Número de internações registradas em 2012 no Hospital de Clínicas Dr. Alberto Lima (tratamento em psiquiatria).

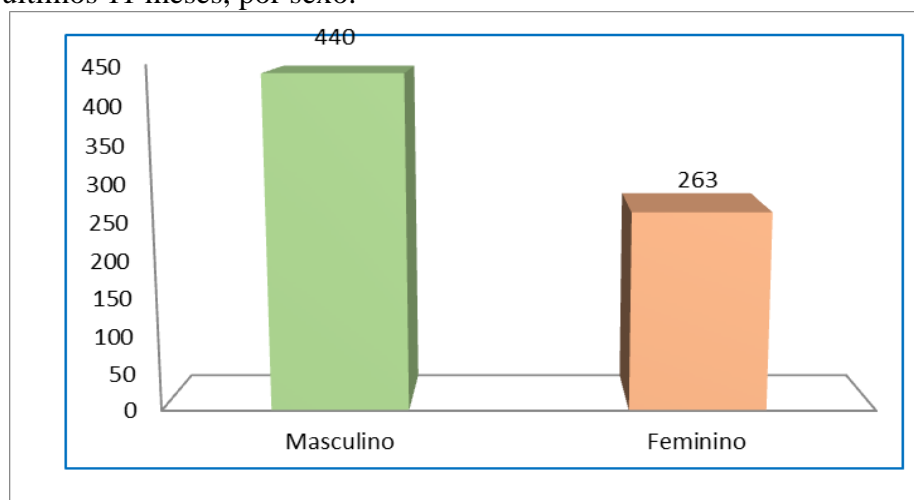
Município de Residência	ANO 2012 (Período: JAN a DEZ)											
	Sexo		Faixa Etária – Anos									
	M	F	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	65-69
Afuá – PA	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Laranjal do Jari	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
Macapá	27	17	6	5	2	10	5	7	4	1	3	0
Mazagão	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Santana	6	1	1	1	0	1	2	0	1	0	0	0
Total	34	21	8	6	3	12	7	7	6	1	3	1

Fonte: CNES 2012.

A demanda concentra pessoas de todos os municípios do estado do Amapá e de municípios do Pará, fronteira com o Amapá, conhecidos como o “ABC do Pará”. Os dados contam cerca de 10 mil pacientes ativos e demanda reprimida com espera de dois meses para

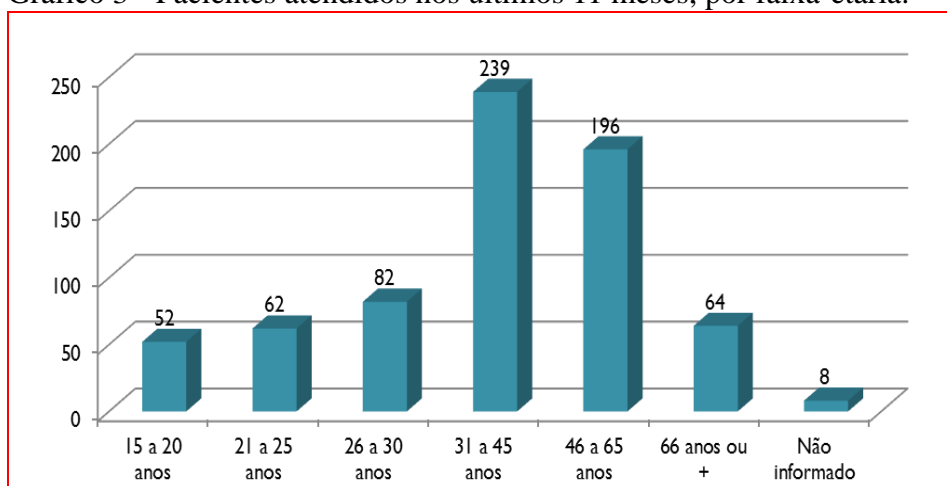
consultas. O ambulatório de psiquiatria atende, em média, 500 pacientes ao mês, com periodicidade de retornos variando de três a cinco meses e, nesse intervalo, o cuidado com o paciente fica restrito ao seio familiar e ao uso de medicamentos. Na opinião da coordenadora de saúde mental do estado, isso favorece a cronificação e a perda de habilidades sociais dos pacientes.

Gráfico 2 - Pacientes atendidos no ambulatório de psiquiatria nos últimos 11 meses, por sexo.



Fonte: Clínica Psiquiatria/SESA/2013

Gráfico 3 - Pacientes atendidos nos últimos 11 meses, por faixa-etária.



Fonte: Clínica Psiquiatria/SESA/2013.

O Amapá também possui pessoas com transtorno mental cumprindo medida de segurança em regime fechado na enfermaria do Instituto Penitenciário do Amapá (IAPEN), no qual se registra muita dificuldade em garantir o atendimento dos internos na rede de serviços de saúde. Os cuidados aos internos no IAPEN, com transtornos mentais, consistem no atendimento médico psiquiátrico, medicamentoso, atendimento social, atendimento

psicológico e atividades pontuais de terapia. O espaço físico encontra-se em adaptação, porém, os quartos são celas superlotadas, sem mobiliário ou condições higiênicas adequadas. Todas essas questões contribuem para a permanência prolongada muito além da medida determinada, em razão da não cessação da periculosidade e consequente não evolução para o regime aberto e reinserção social. A permanência varia entre quatro a doze anos. Ressalto que alguns dos internos apresentam mais de um transtorno, dentre os quais se registra:

Quadro 10 - Transtornos mentais mais prevalentes

Transtornos mentais mais prevalentes	Quantidade
Esquizofrenia	09
Transtorno devido ao uso de múltiplas drogas	04
Psicose	01
Transtorno de personalidade	01
Outros	03

Fonte: IAPEN/2013.

Tendo apresentado a RAPS e seus dispositivos médico-assistenciais e os serviços de Atenção Psicossocial, no estado do Amapá, disponíveis para o atendimento da população que necessita desses cuidados, constato que o Ministério da Saúde (2012) reconhece que “a cobertura por serviços socioassistenciais no Amapá é uma das menores do país e a pior da Região Norte” (BRASIL, 2012, p.10). De acordo com esse relatório, “os serviços existentes respondem por apenas 10% da demanda de saúde mental, álcool e outras drogas, havendo concentração em dois municípios (Macapá e Santana), deixando desassistida a população dos 14 municípios”.

O relatório da CESM/SESA (2013) também destaca a inexistência de serviços de atenção diária para pessoas com sofrimento psíquico; a carência de leitos de referência para atenção ao paciente em crise; e a falta de serviços de atenção em regime residencial, o que pressupõe uma assistência incompleta e fora dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde e dispositivos legais, que aludem à “necessidade de uma diversificação de estratégias para atender as especificidades da clientela e promover resposta qualificada à questão. A implantação de novos serviços e ampliação dos existentes se apresenta como um imperativo” (MALEMÁ, 2014).

Sobre a realidade apresentada, me reporto a Amarante (2007) e a Yasui (2010), quando afirmam que, no Brasil, um passo fundamental e decisivo foi concretizado, na direção dos direitos humanos, no campo da saúde mental, com a promulgação da Lei n. 10.216/2001, ao firmarem que essa

[...] lei constitui um avanço em relação aos direitos de pessoas em sofrimento psíquico e, principalmente, para o modelo assistencial brasileiro. Sendo a partir dessa conquista, que vários outros avanços foram se concretizando como, por exemplo, a criação dos serviços substitutivos no campo da Atenção Psicossocial, através da política de articulação com os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, formando assim, uma rede territorial de acolhimento a pessoas não somente em crise, mas um acolhimento, de forma humana e digna para aquelas pessoas que necessitam de cuidados.

Entretanto, para que a Reforma Psiquiátrica se constituísse no território brasileiro foi necessário um longo e tenso processo de lutas e reivindicações a favor de aprovações de leis e da construção de um projeto de respeito à dignidade e aos direitos às pessoas que manifestam alguma forma de doença mental. Todavia, concordo com Amarante (2007, p.71) quando declara que “não basta aprovações de leis, para garantir direitos e cidadania; é necessário mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais”. Nesse contexto, a luta por direitos e garantias às pessoas com transtornos mentais “é um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, no campo assistencial, cultural e conceitual” (AMARANTE, 1997, p.165). O mesmo autor, referindo-se ao mérito da reforma psiquiátrica brasileira, declara:

o grande mérito do processo brasileiro de reforma psiquiátrica está no fato de, em vez de tratar de doenças, tratar de sujeitos concretos, pessoas reais, lida, portanto, com questões de cidadania, de inclusão social, de solidariedade e, por isso, não é um processo do qual participam apenas profissionais da saúde, mas também muitos outros atores sociais (AMARANTE, 2006, p.35).

Amarante (2007, p. 69), referindo-se a Foucault (1975; 2006), considera que, com a proposta da Rede de Atenção Psicossocial, os serviços devem ser entendidos como

dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais: serviços que lidam com pessoas, e não com as doenças, devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades e não como eram concebidos: locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância panóptica.

Dessa forma, Amarante (2007, p. 85) adverte: “doença mental não deverá mais ser sinônimo de periculosidade, de irracionalidade, de incapacidade civil, mas de exercício de cidadania e de direitos”.

A coordenadora CESM/SESA (2014) relata que ainda se observam, no Amapá, dificuldades de toda ordem no atendimento aos pacientes com transtornos mentais, desde atitudes preconceituosas, desrespeito aos seus direitos e pouca sensibilidade às suas inegáveis vulnerabilidades. Para o enfrentamento dessas atitudes, essa profissional afirma que a

Coordenadoria de Saúde Mental do Estado vem desenvolvendo e adotando estratégias para a minimização desses tipos de discriminações sociais com a pessoa em sofrimento psíquico, dizendo que

uma das estratégias que vem sendo adotada é a instalação de diálogo permanente com outros serviços de saúde e intersetoriais envolvendo a educação, assistência social, segurança pública, judiciário e controle social, entre outros parceiros através do Fórum Interinstitucional de Saúde Mental, implantado em 2011 e fortalecido através das recomendações da portaria GM 3088/11 (Entrevista concedida em 16 de dezembro de 2014).

Concluindo este capítulo, percebi que a Rede de Atenção à Saúde no Amapá precisa não somente de ampliações e melhoria da qualidade de serviços da Rede de atendimento à saúde em geral, mas também na rede de atenção psicossocial aos usuários da área de saúde mental. Essa rede de atenção psicossocial apresenta alguns aspectos considerados críticos, como observa Malemá: “capacidade reduzida em acolher o usuário; concentração dos serviços de saúde mental na capital Macapá e extensão territorial de grande proporção, provocando vazios assistenciais e dificuldade no acesso aos serviços”. (Entrevista concedida em 16 de dezembro de 2014).

Finalizada essa discussão histórica e sociocultural da doença mental, suas nomeações, formas de cuidados, instituição e funcionamento da RAPS no Amapá apresento e discuto o meu *locus* de pesquisa propriamente dito: o “Psicossocial da SEED” – “Casa do Professor”, definida oportunamente por Paiva (2015): “A Casa do Professor constitui uma espécie de CAPS só para professores, no Amapá”.

SEGUNDA PARTE: A INSTITUIÇÃO, A DOENÇA E O PROFESSOR

Nessa parte situo o *locus* da pesquisa e está composta por dois capítulos: no primeiro abordo o relevante serviço de apoio e atenção psicossocial oferecido pela SEED/AP aos professores e professoras que adoecem no percurso de suas carreiras docentes. Apresento elementos históricos, itinerários administrativos e clínicos dos professores entre a sala de aula e a Casa do Professor; suas rotinas, fazeres, ritos e terapias oferecidas aos docentes que chegam à Casa em sofrimento psíquico. No segundo capítulo apresento dados quantitativos, construídos a partir da leitura e análises dos prontuários clínicos, como forma complementar, visando aproximar-me das histórias de adoecimento e subjetividades docentes contidas nos registros clínicos, das queixas capturadas pelo dispositivo médico e as classificações diagnósticas, no intuito de dar um “Rosto” a esses professores e professoras que buscam aliviar a dor psíquica; as ansiedades e angústias emergentes do entrelaçamento de fatores existenciais — vida pessoal, familiar, trabalho, relações sociais, e outros afins. O adoecimento aparece como o resultado da imbricação de eventos estressores da vida cotidiana dos docentes, evidenciados também nas narrativas docentes, as quais serão discutidas posteriormente.

4 DA SALA DE AULA PARA O CONSULTÓRIO: A CASA DO PROFESSOR

“Não, não [...] indo pra ali a gente acaba ficando naquele estereótipo, de estar doido, sabe o que o pessoal está dizendo, tem um colega aí, não sei quem é ele [...] até publicou no *Face* que o pessoal fica fingindo que tem problema psicológico para estar na Casa do Professor, para não trabalhar, eu não vou dizer que um ou outro não faça isso, não se aproveite, não estenda um pouco mais, eu não vou dizer porque tudo quanto é lugar tem aquele péssimo, dentro da polícia, dentro de qualquer lugar, mas eu digo que 90%, 99% que chega a procurar, é porque está precisando, ninguém quer um ‘chico’ muito doido, ninguém quer um, né? Mas quem entra na Casa do Professor é estigmatizado, é o drogado, é o noiado, é o cachaceiro ou é o enrolão, tá lá para não trabalhar ou pra ficar em lugares de fácil acesso” (Prof. Roberto).

“Eles me veem de maneira diferente. A minha esposa está trabalhando numa escola e ontem mesmo o pessoal estava falando sobre a Casa do Professor. E uma professora dizia que: ‘aquela casa era para os professores que já estavam perturbados. Aí eles iam pra lá, porque, eles já estavam perturbados, estavam doidos’”. (Prof. Tobias).

Neste capítulo, faço uma descrição do meu contexto de investigação, que denomino “etnografia do cotidiano”, e insiro, assim, as minhas observações do dia a dia do Psicossocial da SEED⁶⁴ e da Casa do Professor que se estabeleceu a partir da reconstrução e ressignificações do projeto do conhecido “Psicossocial da SEED”, pois este já existia desde 2005. Apresento minhas observações sobre a “Casa”, suas ações, dinâmicas, reuniões e eventos, incluindo a cerimônia de inauguração da Casa e outros acontecimentos ocorridos durante a minha incursão em campo.

Faço um esforço para reconstruir elementos de suas histórias, a partir da criação do Psicossocial e da transição para a “Casa”, sobre a qual descrevo rotinas, fazeres e ritos de encaminhamentos; percursos na “rede”, formas de “cura” e de tentativas de “reinserção” na sala de aula dos docentes que foram e são submetidos aos serviços de tratamento nesse aparelho de atenção psicossocial. Também exponho suas rotinas, fazeres, ritos, práticas e percursos de professores desenvolvidos durante o tratamento, mostrando como ocorre o seu ingresso na Casa e quais os procedimentos e encaminhamentos para a realização do tratamento. Evidencio ainda as práticas e articulações com outros aparelhos institucionais, sejam eles administrativos (CRH/SEED, escolas, Junta Médica Pericial e AMPREV); ou

⁶⁴ O Centro de Apoio de Atenção Psicossocial é denominado no ambiente docente como “o Psicossocial da SEED”, portanto no decorrer do texto me reporto ao “Psicossocial” como é conhecido pelo coletivo docente.

jurídicos (Ministério Público); e da Rede de Saúde e de Atenção Psicossocial (hospitais, clínicas médicas psiquiátricas e CAPS em geral), entre outros. Dispositivos estes acionados para manter os direitos desses professores durante o tratamento, conforme quadro 12 dos itinerários administrativos e clínicos realizados pelos docentes no percurso do tratamento, disponível ao final desse capítulo.

Para dar conta das questões enunciadas nesse capítulo dialogo com os seguintes autores: Agamben (2005); Peirano (2002); Turner (1974); Gennep (2011); Pelbart (1993a); Goffman (2004; 2011); Bourdieu (2001; 2003); Dumont (1992); Elias (2000); Bercker (2008); Douglas (1966) e outros.

4.1 O Serviço de Apoio Psicossocial (SAPS): memória e objetivos

“Os lugares são histórias fragmentadas e isoladas em si, dos passados roubados à legitimidade por outro, tempos empilhados que podem se desdobrar, mas que estão ali antes como histórias à espera e permanecem no estado de quebra-cabeças, enigmas, enfim, simbolizações enquistadas na dor ou no prazer do corpo [...]. Estamos ligados a este lugar pelas lembranças.” (MICHEL DE CERTEAU, 2005, p. 189)

Esse fragmento da obra de Certeau me leva a pensar que as instituições têm vida, história, simbologias e memórias. A inovação que brota delas tem suas raízes fincadas em suas representações sociais. Descrevo, aqui, elementos históricos sobre a memória do Psicossocial da SEED, que teve sua história ressignificada através da Casa do Professor.

4.1.1 Elementos históricos e funcionamento do Psicossocial da SEED

O Psicossocial foi um dispositivo institucional concebido pela Secretaria de Educação do Estado do Amapá (SEED-AP), com a intenção de atender servidores estaduais lotados nessa Secretaria. Esse dispositivo iniciou em setembro de 2005 e permaneceu até final de dezembro de 2013 sendo criado em consequência da ausência de serviços de saúde que atendessem os professores que estavam adoecendo e não havia para onde encaminhá-los. Vale lembrar que a implementação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Amapá ocorreu em 2007.

Dessa forma, em 2005, foi observado pela Diretoria de Recursos Humanos da Secretaria de Educação do Estado (DIRH/SEED), conforme Fídelia⁶⁵, gestora do psicossocial:

⁶⁵ Nome fictício. Todos os nossos interlocutores receberam nomes fictícios, para resguardar suas identidades.

“um alto índice de afastamentos de servidores, que apresentavam quadros de saúde mental comprometida”, em decorrência de transtornos psíquicos: depressão, estresse, fobias, tentativas de suicídios e suicídios efetivados, uso e abuso de substâncias psicoativas, dentre outros. Dessa maneira, a DIRH/SEED, incomodada com o número de solicitações de afastamento de professores por motivo de adoecimento, e instigada pelo Sindicato dos Profissionais da Educação do Estado do Amapá (SINSEPEAP), elaborou o projeto de criação do Psicossocial, de acordo com informações fornecidas em entrevista concedida pela coordenadora desse dispositivo, em 20 de novembro de 2013.

A idealização da criação desse aparelho de acompanhamento à saúde psicológica dos professores vinculados à rede estadual de ensino do Amapá foi inspirada na experiência do Centro Psicossocial da Polícia Militar do Amapá (CPPMA). A psicóloga que vivenciou os passos iniciais da concepção e institucionalização do Psicossocial da SEED me relatou que esse fato ocorreu com a mudança do governador do Estado João Alberto Capiberibe para o governador Waldez Góes, no período de 2004 para 2005. No início de 2005, as psicólogas que coordenavam o Psicossocial da Polícia Militar retornaram para a SEED por decisões administrativas e políticas. Nessa ocasião, essas profissionais foram provocadas pela chefia da CRH/SEED para desenvolverem o projeto do Psicossocial da SEED, como declara a minha interlocutora:

O Psicossocial da SEED foi instituído em setembro de 2005. Nós montamos o Psicossocial da Polícia Militar e na mudança de governo Capiberibe para Waldez Góes, nós saímos da Polícia Militar. Aí nós saímos e retornamos para a nossa Secretaria (de Educação). Quando chegamos à Secretaria havia um índice muito alto de pessoas, servidores, professores com depressão e um histórico de suicídio, três professores que haviam se suicidado. Na Coordenadoria de Recursos Humanos (CRH) da SEED havia uma lista imensa de professores que estavam doentes e não tinha pra onde encaminhar. Outro agravante eram as drogas, a dependência química. Esses servidores, como eles são usuários de drogas, eles faltavam no serviço, levavam 30 dias de faltas consecutivas, abria-se um Processo Administrativo (PAD). Os servidores eram demitidos sem direitos a tratamento de sua saúde. Aí quando nós chegamos à SEED e nos apresentamos, falamos da nossa experiência e a coordenadora da CRH nos disse: “você não vão para escola nenhuma, você vão agora... você abriram na Polícia... agora você vão fazer aqui. [...] Nós ficamos e começamos em setembro de 2005 já atendendo as pessoas (docentes com transtornos mentais). Aí arranjaram um espaço pra nós, duas mesas, duas cadeiras e ficamos atendendo (Texto da entrevista com a coordenadora do Psicossocial da SEED no período de setembro/2005 a dezembro/2013, realizada em 29/11/2013).

Ao retornar para a SEED, e frente à demanda de servidores adoecidos, a maioria constituída de docentes, as psicólogas foram convidadas pela CRH/SEED para criar o “Psicossocial” como equipamento de atenção psicossocial para fornecer atendimento aos casos de professoras e professores adoecidos psicologicamente que ali se apresentavam e não

havia meios para tratamento dentro da rede oficial de saúde. Vale ressaltar que o governo do Amapá não oferece plano de saúde para seus servidores. Alguns professores, antes da criação desse serviço de atenção à saúde docente, foram prejudicados em seus direitos por conta do adoecimento, como sustenta Fidélia: “mesmo após todos os períodos de licença médica que lhes eram garantidos como direito pela Junta Médica do Estado do Amapá (JMEAP) e pela Amapá Previdência (AMPREV), continuavam incapacitados de retornar às atividades laborais”.

Após a elaboração do projeto e discussão com o SINSEPEAP, cujo propósito era a criação de uma Junta Médica específica para os docentes do Estado, porém o objetivo deste sindicato não foi atendido pela SEED. O Psicossocial da SEED começou a funcionar em setembro de 2005, mesmo sem a oficialização legal da sua criação. Inicialmente, por ausência de estrutura física e pela urgência do serviço, o Psicossocial foi instalado em uma sala no próprio espaço físico da SEED. Após curto período de tempo, e com o aumento da procura de atendimentos, o atendimento foi transferido para uma sala no prédio do Conselho Permanente de Valorização do Profissional da Educação Básica (CPVPEB)⁶⁶. No entanto, segundo depoimentos da minha informante, “a sala de atendimento era instalada no terceiro piso e dificultava o acesso de alguns usuários, principalmente daqueles que manifestavam sintomas de fobia de altura”. Nesses casos, os profissionais que compunham a equipe do SAPS “tinham que descer para atendê-los” em instalações no piso térreo. Por essas razões, as condições estruturais do espaço de acolhimento não favoreciam o acesso a todos os interessados nos serviços. Então, as psicólogas voltaram a atender no ambiente interno da SEED, a qual cedeu duas salas, considerando o aumento do número de docentes com necessidade de acompanhamento psicológico e da própria ampliação da equipe técnica.

No início do funcionamento do Psicossocial, a equipe era composta por duas psicólogas, que tiveram relevante papel de agência na história desse dispositivo de atendimento psicossocial. Com o crescimento da procura pelos docentes, somaram-se a estas, outros servidores (uma pedagoga, uma assistente social e um agente administrativo) para dar conta da demanda de doentes que buscavam suporte para suas formas de mal-estar.

O Psicossocial foi fundado pela Lei nº. 0949, de 23 de dezembro de 2005, que dispõe sobre as normas de funcionamento do sistema estadual de educação, reestruturando o grupo magistério do quadro de pessoal do Governo do Estado do Amapá (GEA), e organiza o plano de cargos, carreira e salários dos profissionais da educação básica. Em seu Art. 71, a referida

⁶⁶Órgão vinculado ao SINSEPEAP que atua na progressão do plano de carreira dos professores.

Lei expõe sobre a criação do Psicossocial, originalmente pensado como: “Junta Psicossocial”, de acordo com o texto publicado no Diário Oficial do Estado, em 2005.

“Fica assegurada a criação de uma Junta Psicossocial para atendimento exclusivo dos profissionais da educação que necessitem de atendimento especializado”. Em seu parágrafo único, ficou determinado: “A Junta Psicossocial será regulamentada no prazo de 90 (noventa) dias, a partir da publicação desta lei, por ato do chefe do Poder executivo”. (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO AMAPÁ, nº. 3668/2005, p. 7).

Embora a Lei nº. 0949/2005 não tenha sido regulamentada, permitiu o funcionamento do Psicossocial. A intenção do Sindicato era que o Psicossocial tivesse sido reconhecido pelos trâmites legislativos como Junta Médica para dar maior autonomia à equipe de profissionais em casos de necessidade de afastamento de docentes do trabalho, sem necessidade de os professores serem submetidos à Junta Médica Oficial do Estado.

A procura pelos serviços do Psicossocial continuou elevando-se, mobilizando a SEED para ampliar o número de psicólogas na equipe de trabalho. Dessa forma, o grupo de profissionais que realizavam os serviços de acompanhamento psicossocial, novamente se expandiu, passando de duas para quatro psicólogas — duas atendiam no turno da manhã e duas no turno da tarde. Com a equipe técnica ampliada, aumentou o número de atendimentos, porém, “as dificuldades referentes ao espaço físico permaneciam”, como aparece na fala da servidora entrevistada:

Era um espaço muito difícil, porque era só uma parede e vazado em cima. A gente tinha que falar baixinho para o outro não ouvir e aí as pessoas choravam e às vezes falavam alto e a gente ficava muito constrangida porque estava todo mundo ouvindo e aí nós levamos essa dificuldade lá para a Coordenação de Recursos Humanos foi quando surgiu esse espaço aqui na Raimundo Ozanã. Eles montaram esse espaço, projetando isso aqui tudo. Aí a chefe da Coordenadora de Recursos Humanos da SEED foi pra cima do Secretário [de Educação] e disse que tinha que ter um espaço para o “Psicossocial”, aí foi quando ele arranhou esse espaço aqui pra nós, onde nós estamos até hoje. Então, é mais ou menos essa história do Psicossocial. (Fidélia, entrevista concedida em 29 de novembro 2013)

O lugar referido no relato acima localizava-se na Rua Raimundo Ozanã, nº. 183, em frente à Praça Floriano Peixoto, área central de Macapá, onde o Psicossocial permaneceu de 2007 a dezembro de 2013. O ambiente reservado para o funcionamento desse dispositivo, nesse endereço, compunha parte de um imóvel onde funcionavam outros ofícios administrativos e formativos da SEED: educação continuada, educação indígena e educação afrodescendente.

Figura 3 - Local de funcionamento do Psicossocial (de 2007 a dezembro de 2013)



Fonte: Arquivos do SAPS/2013.

As instalações do Psicossocial localizavam-se no piso térreo, no “fundo” do prédio. Para acessá-las passava-se por um corredor sem iluminação, aparentemente não muito acolhedor para aqueles que precisavam de ajuda psicológica, principalmente para os usuários com transtornos de pânico e ansiedade. Segundo relatos de uma profissional da equipe técnica, “alguns pacientes necessitavam da presença da psicóloga para adentrar ao espaço de atendimento”.

O espaço estrutural do Psicossocial era composto de cinco salas para atendimentos e uma sala onde funcionava a secretaria e a recepção. As salas eram amplas e separadas por divisórias, entretanto, não possuíam janelas, dificultando atendimento quando faltava energia elétrica, pelo calor intenso e ausência de luz natural. Os móveis eram confeccionados com macacaúba⁶⁷ no estilo tradicional da região. As salas eram climatizadas, porém, os aparelhos de ar-condicionado produziam um forte barulho e os ruídos dificultavam a escuta dos usuários no ato dos atendimentos, conforme observações da coordenadora do Psicossocial, à época.

A sala de recepção tinha a função também de secretaria, onde eram produzidos os documentos institucionais e se realizava o arquivamento de prontuários dos servidores que recebiam alta terapêutica ou abandonavam o tratamento. Anexo à recepção havia um pequeno

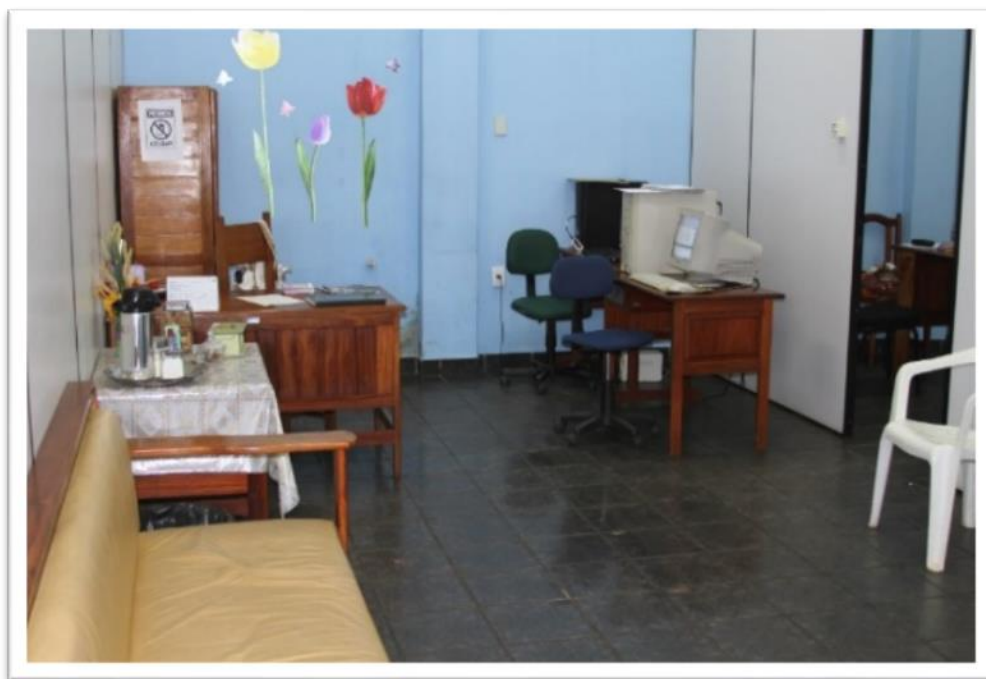
⁶⁷Árvore brasileira da família das leguminosas, cuja madeira avermelhada é muito apreciada; do tupi *maca'yba*, “árvore do macaco”. Madeira moderadamente pesada (0,70 a 0,80 g/cm³); cerne castanho avermelhado com listras longitudinalmente enegrecidas; grã reversa e irregular; textura média. Muito utilizada para confecção de móveis no Amapá.

espaço, onde funcionava a copa, local onde os componentes da equipe se encontravam nos intervalos entre um atendimento a outro. Esse ambiente funcionava como um espaço de trocas de experiências, conversas breves sobre as ações do cotidiano, referentes aos casos, comunicadas com sutileza e cuidados éticos.

Na sala de espera, sobre a mesa permanecia um “livro preto”, no qual os servidores em tratamento registravam suas assinaturas antes do atendimento. Esse livro continha nome do usuário e dos técnicos, data do atendimento e assinatura. Através dessas informações era contabilizado o número de atendimentos realizados pela equipe técnica para composição de relatórios mensais e anuais dos atendimentos efetivados.

A mesa acima mencionada, na sala de espera, também servia de referência para delimitar o espaço de recepção e secretaria, e havia ainda outra mesa comportando um único computador, de uso comum da equipe técnica, para registros, elaborações de relatórios, laudos, declarações e outros documentos. No canto da sala havia um armário de madeira, com chaves, onde eram arquivados os prontuários de servidores que haviam concluído o atendimento ou, por algum motivo, o tinham abandonado ou haviam recebido alta terapêutica. O espaço da recepção também era utilizado para a realização de reuniões administrativas, técnicas e estudos de casos. A seguir apresento algumas imagens das instalações internas do espaço de atendimento.

Figura 4 - Sala de recepção do Psicossocial/SEED-AP



Fonte: Arquivos do SAPS/2013.

Figura 5 - Salas de atendimento: psicológico e social



Fonte: Arquivos do SAPS/2013.

A equipe técnica do Psicossocial foi ampliada em agosto de 2013 e passou a ser composta por sete psicólogos, três assistentes sociais e uma pedagoga. Além desses profissionais, havia uma estagiária de Serviço Social e uma auxiliar de limpeza, totalizando doze pessoas. Em diálogos com componentes desse coletivo de servidores, em 2013, período em que iniciei a minha pesquisa de campo, as condições de atendimento no espaço apresentado tornavam-se difíceis devido às condições estruturais precárias e a ausência de recursos financeiros para suprir as necessidades do próprio centro.

Em meados de 2013, com a mudança de gestão da SEED/AP, iniciou uma discussão para melhorar as condições estruturais desse serviço, para investir em um espaço mais apropriado para esse serviço e inserir outros especialistas na equipe multidisciplinar para dar conta do conjunto de demandas da saúde do professor. Ressalto que, nesse período, eu estava iniciando as minhas observações e aproximações ao campo, aguardando as devidas autorizações para a consulta aos prontuários clínicos.

4.1.2 Atendimentos realizados durante o funcionamento do Psicossocial (SAPS)

O acesso à leitura e às análises dos prontuários clínicos foi iniciado em outubro de 2013, ainda nas instalações do SAPS, e em dezembro do mesmo ano os serviços foram paralisados ao iniciar o processo de mudança para o novo dispositivo, a Casa do Professor, que estava em processo de planejamento e organização. Assim, o meu tempo de observações

e convivência no espaço do Psicossocial, naquele momento inicial, estava circunscrito ao período das tardes, devido à falta de espaço físico para a leitura dos prontuários, o que exigia certa prudência ética. Portanto, disponibilizaram-me uma sala no turno da tarde para a realização da leitura e análise dos prontuários. Esse período também foi muito importante para a construção de uma relação facilitadora com os membros da equipe de servidores do centro.

Ressalto que, além da possibilidade de acesso aos prontuários clínicos, também recebi um vasto e relevante material para a pesquisa — fotos, dados e relatórios institucionais dos registros de atendimento da primeira fase de funcionamento do Psicossocial, de 2005 a 2013. Nesse percurso, observei que foram realizadas diversas atividades envolvendo atendimentos individualizados e outras formas de acompanhamento⁶⁸, por motivo de adoecimento psíquico, de servidores estaduais, vinculados à SEED. Destaco que o Psicossocial foi instituído para atender todos os servidores do quadro da SEED, portanto, na Tabela 2, a seguir, indico o quantitativo de atendimentos e não o número de sujeitos atendidos.

Tabela 2 - Ações realizadas pelo SAPS (2005 a 2013)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Atendimentos Psicológicos	110	450	1.224	1.035	1.811	2.926	3.530	2.242	2.311
Serviço social	-	-	-	-	252	-	436	553	428
Pedagogia	-	-	-	-	-	-	62	90	30
Outros	-	-	-	-	-	-	-	-	229
Total	110	450	1.224	1.035	2.063	1.926	4.028	2.885	2.998

Fonte: Relatórios de atendimentos do SAPS (2005 a 2013).

Conforme já mencionado, o Psicossocial funcionou com a nomenclatura de SAPS até dezembro de 2013. Os usuários que permaneciam em atendimento, até esse período, foram recepcionados pela Casa do Professor (projeto de expansão do Psicossocial). Portanto, insiro maiores informações sobre esses usuários, sobre as práticas, rotinas, queixas, tipos de sofrimento psíquico e histórias de adoecimento, no transcórre do texto, a seguir, ao discorrer sobre a Casa.

⁶⁸ Convém observar que as informações citadas fazem referências ao registro de atendimentos e não de usuários. Além dos atendimentos individualizados, aos docentes, realizados pelos psicólogos, assistentes sociais e pedagogos são efetivadas também outras modalidades de atendimento: atendimentos aos familiares, visitas institucionais, domiciliares, palestras preventivas, estudos de casos e outros. Vale ressaltar que em alguns relatórios os atendimentos não estavam especificados.

4.2 O contexto de investigação: a Casa do Professor: história, rotinas, fazeres, ritos e terapias.

Os serviços oferecidos pelo Psicossocial eram estendidos aos servidores da educação estadual, abrangendo os docentes, técnicos, servidores administrativos e outros lotados na SEED. Porém, sua principal clientela eram docentes que buscavam acompanhamento, no período de 2005 a dezembro de 2013, ocasião da mudança estrutural e organizacional através da implantação da Casa do Professor.

Devido ao aumento do número de usuários que procuravam o serviço, houve a necessidade de melhorias e adequações no espaço físico para o desenvolvimento das práticas do Psicossocial, e a Secretária de Educação (na gestão de 2013-2014) anunciou uma proposta de mudança através de um “novo projeto”. O SAPS passaria por um processo de significativas mudanças estruturais e funcionais, alterando, assim, sua identidade institucional construída ao longo de nove anos de atuação. Essas transformações referiam-se tanto à ampliação das estruturas físicas, da equipe multidisciplinar e dos serviços disponibilizados para os cuidados da saúde dos docentes, quanto aos objetivos e ideologia.

O processo de reorganização e adaptação suscitou tensões e preocupações porque a equipe que compunha o Psicossocial não foi convidada para participar diretamente da construção do novo projeto e por “rumores” e “insinuações” de possíveis deslocamentos dos servidores atuantes no Psicossocial para outros departamentos do quadro funcional do Estado, para dar espaço à nova equipe “sem vícios”, como era anunciado o novo grupo de profissionais que deveria compor a equipe multidisciplinar da Casa. Foi, então, nomeada pela Secretária de Educação, à época, uma equipe composta por jovens profissionais de várias especialidades: fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, educador físico, fonoaudiólogos, dentre outras. As reuniões de discussão para a construção do Projeto da Casa tiveram início em setembro de 2013, conforme o previsto no espaço físico da CRH/SEED, sendo algumas delas realizadas também no espaço do SAPS.

As atividades relativas aos atendimentos aos usuários durante a discussão e elaboração do projeto continuaram, entretanto, foram paralisadas no dia 06 de dezembro de 2013, a partir de uma decisão expressa da SEED, em reunião entre a chefe da CRH/SEED, a equipe do Psicossocial e os novos profissionais que integrariam a equipe multidisciplinar da Casa do Professor. Após um período para os preparativos da mudança e da organização da Casa, o Psicossocial transferiu suas atividades para o novo endereço, no dia 22 de fevereiro de 2014.

A transferência de endereço a partir da implantação do projeto de ampliação dos serviços oferecidos no Psicossocial provocou não somente a redefinição da nomenclatura SAPS, mas também sugeriu alterações em sua identidade construída ao longo dos anos de funcionamento. O Psicossocial passou, então, a chamar-se Núcleo de Atenção à Saúde do Professor - Casa do Professor, por meio do Decreto nº. 1283, de 24 de março de 2014, com o objetivo de “oferecer serviços de prevenção e acompanhamento biopsicossocial aos professores da educação do Estado, visando à melhoria da saúde física e mental” (PROJETO: CASA DO PROFESSOR/SEED-AP, 2014, p. 5).

Anterior à ampliação do projeto, o Psicossocial realizava apenas atendimentos e acompanhamentos psicossociais e sua equipe técnica era formada por psicólogos, assistentes sociais e pedagogos. Com a efetivação do Projeto da Casa do Professor e a abrangência de novos serviços, houve expansão da equipe multidisciplinar que, no momento da inauguração da Casa, era formada por: quatro assistentes sociais; quatro fisioterapeutas; dois educadores físicos; dois fonoaudiólogos; quatro pedagogos, onze psicólogos; dois educadores financeiros e duas nutricionistas. A ampliação da equipe terapêutica objetivava contemplar as metas estabelecidas na nova versão dos serviços de atenção à saúde dos profissionais da educação do estado do Amapá, conforme o art. 2º; parágrafos 1º ao 10 do Regimento Interno da Casa do Professor/SEED, como expressam seus objetivos específicos⁶⁹.

4.2.1 Arrumando a Casa

O espaço físico da Casa do Professor corresponde a uma casa de construção antiga, onde funcionavam instalações da Secretaria de Segurança do Estado. Esse local foi alugado pela SEED, no valor de 12 mil reais mensais, à época. Ao ser entregue à SEED, o imóvel já

⁶⁹Acolher professores, diretores e coordenadores pedagógicos da rede estadual para prestar orientações relacionadas à saúde física e mental, estimulando a autoestima e favorecendo o repensar do seu papel profissional; Oferecer atendimento psicológico, pedagógico, fonoaudiólogo, fisioterapêutico, nutricional, de assistência social, de educação física e de educação financeira; Realizar um trabalho de prevenção por meio de parcerias com o corpo técnico das escolas a fim de promover a conscientização do público alvo em relação à importância de procurar um atendimento especializado quando ocorrer algum tipo de desajuste comportamental; Criar multiplicadores junto às escolas ou Núcleos de Ação Educativa (NAE's), para auxiliarem nos mapeamentos ou nos encaminhamentos de funcionários a Casa do Professor/SEED; Encaminhar os servidores aos especialistas não contemplados pela Casa do Professor quando necessário; Trabalhar a readaptação do servidor no local para onde for disponibilizado; Prestar atendimento individual e grupal aos diretores, professores e coordenadores pedagógicos que necessitam de ajuda; Articular ações que auxiliem os diretores, professores e coordenadores pedagógicos no desenvolvimento de competências e habilidades na docência e motivem a formação continuada; Realizar visitas domiciliar, institucional e hospitalar quando necessário; Acolher e encaminhar os servidores com problemas de dependência química para tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (REGIMENTO INTERNO, CASA DO PROFESSOR/SEED, 2014, pp. 1-2).

havia passado por adaptações e restaurações físicas, porém, não foi considerado apto para atender as exigências idealizadas para o funcionamento da Casa. Portanto, foram realizadas novas reformas em suas instalações para atender o que estava previsto no novo projeto referente à política de cuidados aos docentes estaduais.

Considerados “conclusos” os ajustes e as adaptações ambientais pela Construtora, a gestora da SEED não se agradou e solicitou outras reformulações para tornar o espaço da Casa mais acolhedor e contemplar os objetivos idealizados por ela que, segundo as suas percepções, deveria ser um recinto o mais acolhedor e agradável possível para os usuários, como expressa em sua fala:

Lugar onde os docentes possam se sentir bem recepcionados e acolhidos, como se estivessem à sua própria casa. [...] A Casa do Professor deve ter aparência de casa mesmo e ao mesmo tempo ser aconchegante para acolher os docentes que ali comparecem para usufruir dos serviços, para assim dizer: cuidamos bem do nosso professor, para que aqueles que cheguem aqui se sintam muito bem acolhidos (Fala da Secretária de Educação em reunião com a equipe multidisciplinar, antes da inauguração, conforme anotações de campo em 04 de abril de 2014).

Essas conformações referiram-se, principalmente aos aspectos: mudança do piso, pintura com tons suaves nas paredes, divisões das salas, compra de mobília, troca dos aparelhos de ar-condicionado, colocação de cortinas e decoração apropriada. As mudanças não foram apenas de cunho estrutural e estético, mas também organizacional: o efetivo de profissionais que trabalham na Casa aumentou, e também a perspectiva política do atendimento aos docentes.

Referente aos ajustes organizacionais e funcionais, a coordenação da Casa, a equipe multidisciplinar e os representantes administrativo-pedagógicos da SEED reuniam-se com frequência para a reescrita do Regimento Interno da Casa e para a discussão da condução de suas práticas. As discussões giravam em torno de definição de número de atendimentos por usuário; uso de jaleco ou uniforme para os componentes da equipe multidisciplinar; formas de encaminhamento de serviços; tempo de tratamento para readaptação do docente ao trabalho; tempo de afastamento; documentos emitidos pela Casa; alta do usuário; número de ausências para o desligamento do tratamento; troca de terapeutas devido a possíveis estratégias dos usuários para sua permanência no tratamento visando “ganhos secundários”, no sentido de se manterem afastados do trabalho, beneficiando-se do adoecimento, entre outras temáticas.

Finalizados os preparativos para inaugurar a Casa, após vários agendamentos com esse fim, a cerimônia de inauguração foi confirmada. Observei que durante os trabalhos de adaptações físicas da Casa, administrativos e organizacionais para a inauguração, a dinâmica

de atendimentos foi mantida para os casos mais graves e urgentes, com exceção dos dias necessários para a execução dos trabalhos que inviabilizassem o trânsito de pessoas no interior da Casa.

4.2.2 A festa de inauguração: o ritual político de passagem do Psicossocial (SAPS) para Casa do Professor

Menciono, brevemente, a festa de inauguração da Casa do Professor como expressão de um rito político. Sobre os rituais da política, Kuschnir (2007, p. 9) destaca que a antropologia política tem o “objetivo de entender como os atores sociais compreendem e experimentam a política e como interagem e atribuem significado aos objetos e às práticas relacionadas ao universo da política”. Nesse sentido, na visão dessa autora, esses rituais devem ser “compreendidos como cerimônias que reforçam e atualizam papéis sociais; concepções a respeito da política e do mundo social são na maioria das vezes confirmadas, forjando, ainda que temporariamente, a identidade dos participantes como grupo” (KUSCHNIR, 2007, p. 39).

A autora citada chama a atenção para os trabalhos de Victor Turner (*O processo ritual*); Edmund Leach (*Sistemas políticos da alta Birmânia*); Clifford Geertz (*Negara*) e de Mariza Peirano (*O dito e o feito*), ao destacar a importância da tradição antropológica para estudar a política e sua dimensão ritual (Idem, 2007). Em sua obra, *Rituais ontem e hoje*, encontra-se o que a autora designa como “definição operativa” de ritual: “consideramos o ritual um fenômeno especial da sociedade, que nos aponta e revela expressões e valores de uma sociedade, mas o ritual expande, ilumina e ressalta o que já é comum a um determinado grupo”. E esclarece:

o ritual é um sistema cultural de comunicação simbólica. Ele é constituído de sequências ordenadas e padronizadas de palavras e atos, em geral expressos por múltiplos meios. Estas sequências têm conteúdo e arranjos caracterizados por graus variados de formalidade (convencionalidade), estereotipia (rigidez), condensação (fusão) e redundância (repetição). (PEIRANO 2003, pp. 10-11).

Apoio-me nesse conceito de ritual e de rito definido por Kuschnir, e também por Peirano (2002, p. 26), como: “sistemas culturalmente construídos de comunicação simbólica”, conforme explica a autora: “os ritos deixam de ser apenas a ação que corresponde a (ou deriva de) um sistema de ideias, resultando que eles se tornam bons para pensar e bons para agir – além de serem socialmente eficazes”. A partir desse conceito explorado por tantos outros

autores da antropologia, volto-me às práticas e às rotinas realizadas na Casa do Professor, iniciando pela “festa de inauguração” e, posteriormente, abordo as condutas e práticas desenvolvidas desde o ato de adesão do docente ao tratamento até a sua alta terapêutica, com o objetivo da reinserção desse professor em sala de sala.

No dia 06 de maio de 2014, à Rua Machado de Assis, n. 373 – Bairro central de Macapá, onde se localiza a Casa do Professor, ocorreu a abertura e a oficialização desse dispositivo, com a presença do chefe de Estado, Camilo Góes Capiberibe, autoridades políticas, administrativas e representantes dos servidores da educação do Amapá, entre estes: docentes e alunos que marcaram a inauguração com apresentações culturais, testemunhando, assim, a assinatura do Decreto nº. 1283, datado em 24 de março de 2014, que oficializou a criação do Núcleo de Atenção à Saúde do Professor - Casa do Professor.

Figura 6 - O governador expõe o Decreto, após sua assinatura.



Fonte: Portal da SEED-AP/2014.

No ato de inauguração da Casa, após a fala de autoridades presentes — deputados, secretários de estado e outras —, foi concedida a palavra à Secretária de Educação, Profa. Dra. Elda Araújo, idealizadora e responsável pela reestruturação do projeto do Psicossocial.

A gestora educacional enfatizou a decisão do governador de ampliação do projeto, dando-lhe autonomia e apoio para as ações, como destaca em seu discurso oficial:

“Elda pense numa ideia que a gente possa realmente dá outro atendimento num espaço que amplie a atenção ao professor, não só no psicossocial, que nós tínhamos com psicólogas e assistentes sociais, mas algo a mais e ele me colocou pra pensar, e

nós pensamos no projeto para ele, o governador disse, “pode levar adiante”. Se hoje se esse projeto é realidade é porque esse governador deu apoio, é assinatura do governador, é o primeiro projeto no Brasil que tem essa assinatura (aplausos). Quando nós realizamos aqui a reunião do conselho, que é o conselho regional dos secretários, que esteve o Ministro da Educação aqui, o ministro foi visitar com o governador uma escola, quando ele voltou, ele disse para o governador, porque ele conheceu também o projeto da Casa do Professor, ele disse, “governador, isso é trabalhar com responsabilidade, quando o senhor constrói escolas, quando o senhor faz concurso público, quando o senhor dá educação continuada e sobretudo, quando o senhor cuida da saúde física e mental do professor, esse projeto vai ser referência não só na região norte, por ser pioneiro, mas no Brasil. (Trecho do discurso oficial da Secretária de Educação, conforme gravações e anotações de campo em 06/05/2014).

O governador também fez a sua oratória após a fala da Secretária de Educação, ressaltando a relevância do trabalho da secretária e relatou as principais obras desenvolvidas no contexto da educação; enfatizou como objetivo principal a formação dos jovens amapaenses e destacou a importância da Casa do Professor para os cuidados à saúde do professor e para o estado do Amapá:

[...] nós queremos o nosso jovem amapaense bem formado, pra isso a Casa do Professor é um instrumento fundamental do ponto de vista psicológico, do ponto de vista da assistência social, da educação física, da educação financeira, enfim, da nutrição, e tantas coisas. A gente tá vendo aí que o brasileiro está acima do peso, e mais de 50% da população está acima do peso e isso é um problema de saúde pública que abrevia o tempo de vida, que traz dificuldades de toda ordem que nos leva a diabetes, então essa é uma “Casa” que vai nos prevenir e cuidar da saúde do nosso professor e eu tenho certeza, vai nos ajudar a fazer da nossa educação, uma educação de qualidade, secretária, eu fiquei muito orgulhoso [...] Isso é um orgulho pra mim como governador, isso é uma razão de orgulho para toda a nossa equipe de governo e da nossa educação, tratar com respeito o nosso povo, tratar com respeito a população, principalmente os que mais precisam, então parabéns secretária Elda, parabéns à toda equipe da Casa do Professor, nossa gerente, a nossa psicóloga que representa todos os trabalhadores, então parabéns a todos os trabalhadores da educação, viva ao professor! O equipamento para desenvolver a educação no estado do Amapá. Obrigado! (Trecho do discurso oficial do governador de estado, realizado no dia da inauguração da Casa, em 06 de maio de 2014, conforme gravações e anotações de campo, em 06 de maio de 2014).

Percebi que o chefe de Estado não mencionou diretamente o adoecimento dos docentes, nem falou sobre as condições de trabalho que podem contribuir para o adoecimento deles. Discorreu, no entanto, sobre as obras inauguradas como resultado do trabalho do seu governo, ressaltando, no final de seu discurso, e de forma breve, a relevância da Casa para a educação do Estado.

Figura 7- Ato simbólico de entrega da Casa do Professor à sociedade



Fonte: Portal da SEED-AP/2014.

Concretizou-se, assim, a inauguração da Casa do Professor, no dia 06 de maio de 2014, às 17h. Nessa data, a rua em frente à Casa foi interditada, não permitindo a entrada de veículos, era uma bela tarde, com clima ameno, considerando-se que há via chovido durante o dia todo. Foi montada uma estrutura moderna, com palco elevado e cobertura para as autoridades representativas do Governo do Estado. Para os convidados foi preparado um ambiente acolhedor, espaço amplo e tudo muito organizado. Apresento, na sequência, algumas imagens⁷⁰ do evento:

Figura 8 - Festa da inauguração da Casa



Figura 9 - Festa da inauguração da Casa

⁷⁰ As fotos dessa seção são do acervo pessoal da autora.



Figura 10 - Festa da inauguração da Casa



Fonte: Acervo pessoal da autora

Figura 11 - Equipe Multidisciplinar da Casa do Professor



Fonte: Acervo pessoal da autora.

A ambiência e o clima eram de contentamento, porém, orientados pelo formalismo exigido pela ocasião. As servidoras mais “antigas” que compunham a equipe multidisciplinar pareciam muito felizes, pois, durante vários anos, haviam sonhado e lutado para a concretização daquele espaço.

A Casa estava ornamentada com plantas em vasos e flores, tudo com muito bom gosto. As paredes foram pintadas em cores harmoniosas, as salas de atendimentos individualizados bem compostas, com móveis e armários novos. As janelas decoradas com delicadas cortinas para garantir a privacidade do usuário e tornar o ambiente aconchegante e confortável.

O espaço superior também manteve o mesmo padrão. Sala de recepção, sala de prevenção, sala da gerente administrativa, e demais espaços de atendimento dos profissionais de nutrição, fonoaudiólogo, pedagogos, psicólogos, espaços para palestras educativas e preventivas (auditório), entre outros, ilustrados nas imagens a seguir.

Figura 12 - Sala de recepção



Figura 13 - Salas de esperas



Figura 14 - Hall de acesso ao primeiro piso



Figura 15 - Salas de atendimento

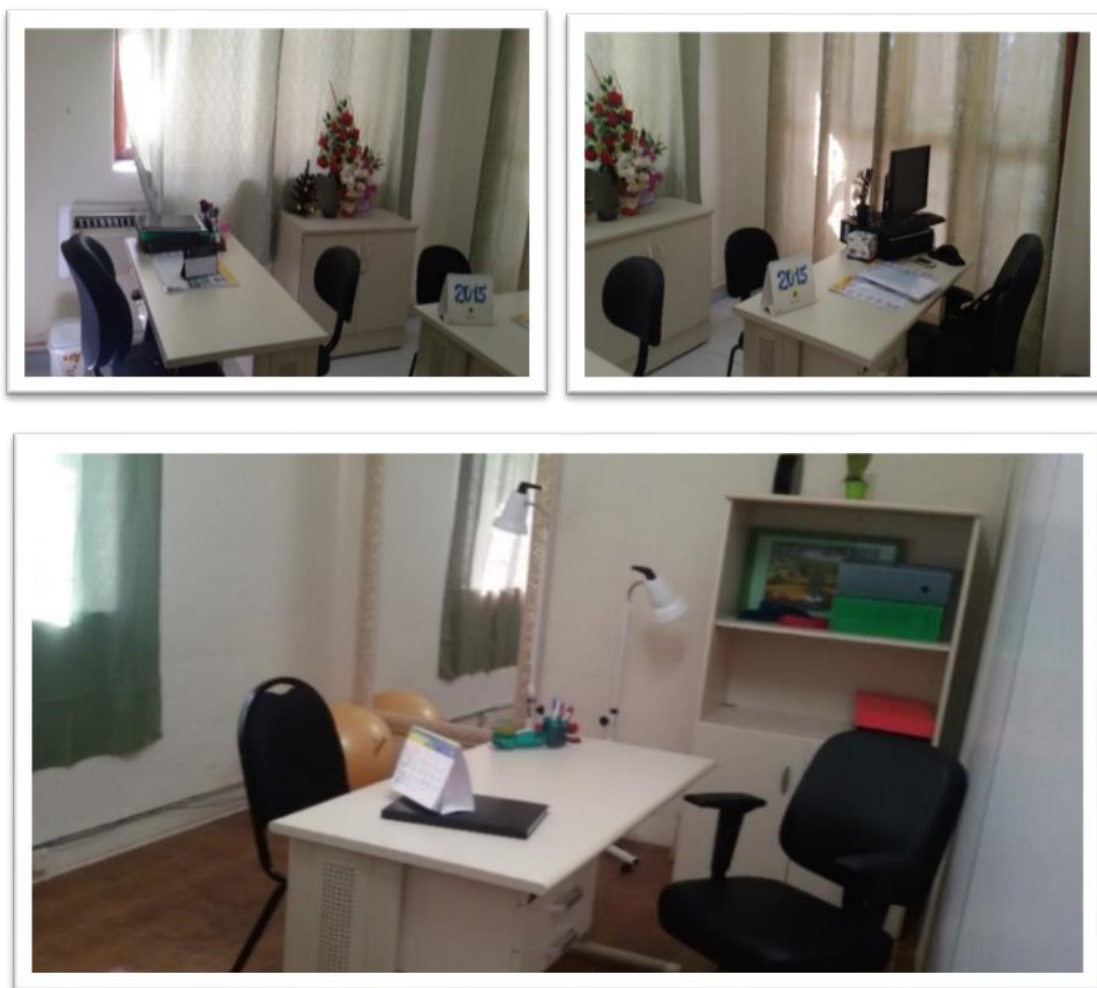


Figura 16 - Auditório



Fonte: Acervo pessoal da autora/Macapá-AP/2014.

Externamente, a Casa também estava linda! Toda enfeitada com faixas vermelhas e amarelas, as cores representativas do partido do governo, porém não podia ser diferente, é compreensível e natural no Amapá. As cores do patrimônio público são as cores dos partidos que assumem o poder. Em alguns períodos podem ser vermelhas, em outros azuis, mas naquele momento eram amarelas PSB⁷¹.

Os convidados foram chegando e preenchendo os espaços — professores, professoras, gestores escolares, curiosos, autoridades políticas, crianças, estudantes, professores-artistas da música local, alunos da E. E. de Música Valquíria Lima, para compor a programação cultural do evento. Como parte do ritual e com o objetivo de harmonizar e proteger a Casa, nos fundos da área externa, onde o público estava acomodado, havia duas bacias com água e folhas de arruda, símbolo cultural de proteção contra “maus-olhados”.

Decorridos cinco dias dessa marcante cerimônia, aconteceu um evento na Casa do Professor que deixou perplexos e abalados os gestores da educação, os componentes da equipe da Casa e a sociedade amapaense. Fato este que as “folhas de arruda” não puderam conter porque, provavelmente, não estava relacionado aos “maus olhados” e sim ao objetivo e à problemática social para os quais a Casa fora proposta: o sofrimento e o adoecimento dos professores estaduais.

⁷¹ Partido Socialista Brasileiro.

4.2.3 Tentativa de crime na Casa do Professor

Na sexta-feira, dia 09 de maio de 2014, por volta do meio-dia, recebi uma mensagem através de uma rede social, que dizia: “Professora você viu o que aconteceu na Casa do Professor, que coisa triste!” Imediatamente, pensei que alguém, algum professor tivesse vandalizado a Casa, destruindo alguma coisa. Imaginei essa cena devido às tensões políticas explícitas à época entre a categoria docente e o governo do Estado, relacionadas às insatisfações dos professores quanto à perda da gratificação de regência de classe⁷² incorporada pelo governador (gestão 2010-2014), para pagar o piso salarial obrigatório dos professores.

O governador do Amapá usou uma gratificação conquistada e já recebida pelos docentes para garantir o piso salarial nacional para os profissionais do magistério público da educação básica, previsto na Lei nº 11.738, de 16 de julho de 2008. Essa situação constituiu-se como motivo de densos conflitos entre o governo estadual e a categoria docente, inclusive próximo àquele período havia se instalado uma manifestação pública dos professores, além das greves dos docentes⁷³, durante o governo “Camilo”, governador do Estado, no período de 2010-2014.

⁷²Gratificação percebida pelos professores por suas atividades em sala de aula, de acordo com a Lei nº 0779, de 30 de outubro de 2003.

⁷³Segundo informações concedidas em entrevista por Rocha (2014) - Diretora de Integração Municipal do Sindicato dos Servidores Públicos em Educação no Estado do Amapá (SINSEPEAP) - houve três greves durante o governo Camilo Capiberibe. Apresento aqui o relato literal da nossa informante, sobre essas greves e seus objetos: “**A primeira greve em 2011**, foram 34 dias de paralisação. Teve como ponto principal o reajuste e a implementação do Piso e dentro dessas outras demandas: a questão da melhoria das condições de trabalho que perpassam pelas estruturas das escolas e onde perpassa por transporte, por exemplo, na área rural nós temos uma demanda muito grande, porém há uma precariedade por conta dos atrasos nos pagamentos dos transportes. E aí a educação fica capenga nesse sentido, falta de material didático que não chega. Então a gente discute o financeiro, o administrativo e o pedagógico”. **Na segunda greve de 2012** (a mais longa), aí nós fomos para essa luta numa defasagem de quase 40%, nós fizemos uma greve de quase 74 dias em 2012, que foi o auge do enfrentamento nesse sentido, porque o governo fechou a mesa de negociação e mandou a proposta dele, pra gente aceitar 15% mais complementação para quem ele dizia que já tinha o Piso. Só que aí ele feria a carreira, você acaba com a isonomia e acaba com a possibilidade de ganho real da categoria. Então a categoria indicou o percentual de 20% e aí a gente foi pra greve e teve todo aquele transtorno e tudo mais e o governo bateu o pé que não pagaria. Com isso a gente teve a audiência de conciliação conseguida pelos advogados, Valdeci e os demais que assessoravam no momento. Na audiência de conciliação o desembargador Raimundo vales, já chegou defendendo o governo dizendo que a gente teria que aceitar porque senão não iria, aí ela acabou não dando em nada e conclusão, a categoria resolveu que iria continuar a greve, e nós continuamos. **Terceira greve: em 2013**, foi quando a categoria não havia perspectiva de greve, não só pela questão do cansaço, do calendário longo, e a categoria: (não, a gente vai continuar lutando pelo Piso e vamos esperar o reajuste e ver o que acontece) aí o governo reajusta em 7,13% mas dá o golpe juntamente com a assembleia legislativa quando incorpora com a 1742, e aí quando ele faz isso, ele chama a categoria pra greve, na realidade a gente tinha saído da greve nacional que é aquela de 3 dias que faz parte do calendário da CNTE, todo mundo em sala e a gente foi surpreso no dia 26 de abril com a incorporação. Com o pouco contingente que tinha, nós conseguimos chamar o povo e começou aquela coisa, hoje em dia pela internet o pessoal começou a postar, o pessoal começou a chegar e aí houve um confronto dentro da assembleia, os deputados acabaram fechando, foi chamada a segurança interna, mais

Na sequência, telefonei para uma servidora da Casa do Professor e fui informada do ocorrido. A informante relatou-me que havia acontecido um fato desagradável: “uma professora havia disparado tiros contra outra professora na sala de recepção da Casa, atingindo-a e deixando-a gravemente ferida”. Relatou ainda que a equipe de profissionais da Casa estava “em choque” e que a professora ferida havia sido levada ao Hospital de Emergência e que a outra professora, autora dos disparos, havia fugido imediatamente após o ato.

No período da tarde, visitei o meu campo e ao chegar à Casa encontrei duas servidoras juntamente com um representante da SEED e fui informada sobre as particularidades do sucedido (mostraram-me as marcas dos disparos, o percurso dos projéteis e dos riscos em atingir servidores que se encontravam próximo ao local do fato). Também tomei conhecimento que as professoras envolvidas nessa cena realizavam acompanhamento psicológico na Casa, porém, a professora que desferiu os disparos não estava comparecendo aos atendimentos, nem tomando os remédios e que se encontrava muito abalada com a sua separação conjugal.

Os boatos e comentários diziam que a professora, autora dos disparos, teria planejado o ato de modo estratégico e que a própria teria realizado o agendamento da consulta para a colega. Depoimentos relatam que quando a professora que fez os disparos atirou chegou à Casa passou pela segurança da Casa, assinou o livro de registros de usuários com o pseudônimo de Silvia Yane Santos, forneceu também o número do RG e dirigiu-se à sala de espera. Ao entrar, extraiu a arma da bolsa e muito próxima da vítima, desferiu os disparos, atingindo a colega quatro vezes. Depois do fato saiu da Casa com a arma em punho, apanhou um mototaxi e fugiu. A cena foi registrada pelas câmeras de empresas privadas próximas ao local.

A professora atingida foi levada ao Hospital de Emergência, acompanhada por uma servidora da Casa. Enquanto a professora recebia os cuidados médicos, o filho dela, no lado de fora do hospital, foi entrevistado e forneceu as seguintes declarações: "Ela vivia há seis anos com o atual marido da minha mãe. Elas sempre tiveram uma rixa. Já foram para várias audiências na delegacia, mas isso nunca parou. E quando foi hoje aconteceu isso" (Depoimento publicado no Portal do G1-AP).

reforço, um colega foi preso, uma jornalista foi violentada, no sentido que acabaram batendo e nesse ‘auê’ todo começou mais uma vez um confronto que reforçou a luta e veio pra rua. Nesse período a gente ficou sete dias porque, imediatamente, a justiça decretou ilegalidade e cobrou R\$ 200.000 (duzentos mil reais) por dia”.

A professora que sofreu a ação ficou gravemente ferida, passou por várias cirurgias e conseguiu sobreviver, porém, perdeu temporariamente a mobilidade dos membros inferiores.

4.2.4 Visibilidade social da “Casa do Professor”

A Casa do Professor ganhou repercussão social e midiática, enquanto instituição de cuidados à saúde do professor, após essa tentativa de homicídio em seu interior, envolvendo duas usuárias de seus serviços. Essa cena ecoou intensamente nos meios de comunicação, tornando visível não somente a tentativa do crime em si, mas também o adoecimento dos docentes e a própria Casa. Manchetes publicitárias foram estampadas em jornais locais:

A Casa do Professor foi inaugurada na quarta-feira (06/05) e com três dias de funcionamento, já foi palco de uma tentativa de assassinato. (Portal do G1-AP, 09 de maio de 2014)

Professora é baleada três vezes dentro da recém-inaugurada Casa do Professor; um dos disparos traspassou o corpo da vítima, que estava sozinha na sala de atendimento. A professora estava sentada no momento e ainda conseguiu caminhar, cerca de dois metros, antes de cair”. (Portal do G1-AP, 10 de maio de 2014)

Professora baleia outra, na recepção da “Casa do Professor”. Professora é baleada duas vezes dentro da Casa do professor. (Diário do Amapá, 10 de maio de 2014)

Ciúmes, violência e tiros na Casa do professor. (A Gazeta: jornal verdade, 10 de maio de 2014)

Essa tentativa de homicídio, vista como “microcena” (TELLES, 2006), evidenciou não somente o sofrimento psíquico de profissionais da educação do Estado, mas também vários aspectos: fragilidades e deficiências relacionadas à segurança pública e da própria Casa; reconhecimento do adoecimento docente e necessidade de fortalecimento da política de saúde do professor; reformulação dos serviços e práticas da SEED e da equipe multidisciplinar; precarização do trabalho docente e necessidade de investimento em ações preventivas a favor da saúde psíquica dos trabalhadores docentes.

A SEED, após o citado evento, realizou várias reuniões, juntamente com os servidores da Casa, para pensar e discutir a reformulação de ações, planos, estratégias e readaptações do próprio Regimento Institucional, além de medidas de segurança internas para proteção dos usuários e dos profissionais da Casa. As discussões manifestavam uma intensa preocupação com os mecanismos de controle e segurança da Casa e de seus funcionários, sendo, de certa

forma, colocado em um segundo plano, naquele momento, o adoecimento e o sofrimento mental dos trabalhadores docentes, que o episódio havia evidenciado de forma tão dramática.

O caso foi explorado e comentado, diariamente, pela mídia local, enquanto a professora suspeita do delito continuava desaparecida. A sua apresentação às autoridades policiais ocorreu, aproximadamente, após cerca de vinte dias, acompanhada pelo advogado, pois ela havia sido localizada em um hospital da capital, onde recebia cuidados médico-psiquiátricos. Antes de sua apresentação à polícia, o advogado da professora, em entrevista às redes televisivas locais, apresentou um laudo psiquiátrico, comunicando que a docente era portadora de transtorno depressivo grave, com sintomas psicóticos, por esse motivo encontrava-se em tratamento.

Em um *blog* de um jornalista da capital, a professora, acusada do episódio violento, forneceu depoimentos que evidenciavam seu sofrimento. Naquela ocasião, ela narrou suas razões, dizendo que acreditava ter um “casamento sólido”, que viveu 18 anos com o esposo, com o qual teve três filhos. E declarou:

Quem tinha uma família sólida e organizada e de repente vê tudo acabado precisa ter uma estrutura psicológica muito sólida. Embora eu não tenha um ferimento exposto, eu tenho um na alma que nunca mais vai se recompor. Você se corta, passa um remédio e sara. Mas os ferimentos da mente e da alma não saram facilmente. É muito fácil julgar, porque esse ferimento meu nunca vai estar exposto, ninguém vai ver. Ninguém pode entender a minha dor. (Informações captadas no blog do jornalista Seles Nafes. Disponível em: <<http://selesnafes.com/2014/05/policia-investiga-se-2a-pessoa-articipou-do-crime-na-casa-do-professor/>>).

A expressão da professora — “ninguém pode compreender a minha dor” — é reveladora da dor subjetiva que parece ter orientado suas ações para a tentativa de um ato reprovável pelas leis e pela sociedade, porém, do ponto de vista da dor e do sofrimento que atingiu a sua “alma” torna-se “compreensível”, como afirma Vergely (2000, p.17): “Sofrer quer dizer ter dor [...] Dor na alma [...] Dor na vida toda”.

Figura 17 - Manifestação de familiares após a contenção da docente



Fonte: Portal G1-AP/2014.

A docente, após sua apresentação às autoridades policiais, foi detida e julgada. Atualmente, cumpre sentença em regime semiaberto.

4.3 Rituais de encaminhamento: a “rede”, percursos e circuitos relacionados ao tratamento.

Utilizo o conceito de ritual, acenado anteriormente, para me referir ao processo de encaminhamentos durante o acompanhamento psicossocial, nomeação e classificação dos transtornos mentais e as práticas de condução desenvolvidas pelas instituições por onde esses docentes transitam durante o seu tratamento. O ritual é aqui entendido como “comportamento formal prescrito”, conforme Turner (2005, p. 49). Pode-se, dizer, portanto, que os professores atendidos na Casa do Professor/SEED-AP são submetidos a um processo ‘ritualizado’ e ‘normatizado’ pelo próprio dispositivo sob o controle da gestão superior, do ponto de vista hierárquico.

4.3.1 A ida para a Casa do Professor: como os docentes chegam à Casa e circulam na “rede”

Os docentes chegam à Casa por diferentes formas de encaminhamento. De acordo com os registros nos prontuários, ofícios e memorandos de encaminhamento dos docentes em sofrimento psíquico, o ingresso na Casa do Professor acontece de diversas formas. Verifiquei que grande parte desses provém de demandas “espontâneas”. A espontaneidade é entendida quando a adesão ao tratamento ocorre sem nenhum procedimento oficial de encaminhamento. Outros docentes chegam à Casa através de setores da SEED e das próprias escolas onde desenvolvem suas atividades. Alguns são encaminhados por intermédio de médicos psiquiatras, com os quais já desenvolvem tratamento clínico. Alguns também chegam através de outros dispositivos estaduais: Amapá Previdência (AMPREV), Junta Médica Pericial do Estado, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros.

Com base nas entrevistas com os profissionais da Casa e com docentes, muitos dos casos chegam à Casa, motivados por familiares e colegas de trabalho. A adesão ao tratamento quase sempre é caracterizada por resistências devido à preocupação da preservação da imagem pessoal ou *salvar a fachada* (GOFFMAN, 2004). Esses professores temem ser considerados: “doente mental”, “perturbado”, “louco”, entre outras nomações, como expõem em suas narrativas:

Alguém, um colega me indicou um que também já fazia tratamento lá, aí ele pediu para que eu fosse lá, deixa eu ver se eu lembro. Eu não queria ir. Porque meu irmão dizia, “mana, quem vai lá é só doido, eles tratam de doido”, aí eu disse, mas eu não estou doida, eu só estou precisando de um norteamento, eu não estou sabendo lidar com o que eu estou sentindo, eu não sei o que é que eu tenho. (Profa. Fátima).

Foi em 2013, em julho de 2013 eu já estava chorando muito, muito, muito, muito. Foi uma amiga, que a mãe dela, na época ainda estava viva, tinha também depressão, ela disse: “olha tu estas com os sintomas da minha mãe, tá chorando muito, bora procurar o psicólogo”, aí eu disse, ah eu não tenho dinheiro, não tenho plano. Não, não, mas tem aí, não era a Casa do Professor o nome, era o Psicossocial, que era ali em frente à praça Floriano Peixoto, aí ela disse, à tarde eu vou passar lá na sua casa, aí a gente vai lá. Aí eu fui lá, falei com a assistente social, ela disse se alguém tinha me indicado, aí eu disse que não, aí ela marcou com a psicóloga, aí eu comecei o tratamento e contei tudo pra ela. (Profa. Lurdes).

O ponto chave, né? Aconteceu isso aí, as [...] lá na escola, eu conheci essa professora e ela ficou grávida. E eu nunca aceitei essa relação de estar casado, eu queria estar por fora com as meninas aí [...] Aí foi [...] Eu encontrei um professor. O professor disse: “Moleque tu estais com muitos problemas aí [...] A Secretária tem um setor lá que cuida de gente que tá meio perturbado assim [...]Tal de “Psicossocial” É mesmo, moleque [...] E onde é? Me deu o lugar e eu vim conhecer [...] pô, eu quero um acompanhamento [...] (Prof. Luciano).

Os rótulos utilizados para nomear os professores adoecidos, confirmado pelos relatos expostos, me reporta ao que Goffman (1974, 2004) nomeia de “estigmatização” ou “deterioração do eu”.

Os docentes, após a superação dessas representações negativadas e convencidos pela necessidade de realizar o tratamento, passam pelo processo de acolhimento na recepção da Casa do Professor. Ao chegarem à Casa, ainda na área externa, são inicialmente identificados pela segurança da Casa, e se apresentam através do documento de identidade, assinam um livro preto e recebem o crachá de “visitante” para adentrar na sala de recepção.

Nessa sala, novamente se apresentam e informam seus agendamentos com o especialista responsável que irá atendê-los. Imprimem novamente suas assinaturas em outro livro preto, no qual é feito o registro dos atendimentos diários. Este livro funciona como documento oficial dos registros dos usuários e serve à administração da Casa para escriturar o quantitativo de atendimentos realizados pela equipe multidisciplinar. Após a assinatura no livro, os docentes aguardam a sua vez na sala de espera.

A sala de espera é um espaço reduzido e local obrigatório de trânsito para todas as pessoas que entram e circulam na Casa. Observei que alguns usuários, enquanto aguardam a sua vez, sentem-se visivelmente incomodados e, geralmente, permanecem em silêncio e desviam o olhar, evitando o contato visual com outros usuários, expressando uma *performance* que denota aparente constrangimento. Provavelmente, como uma forma de não

serem percebidos e/ou reconhecidos como “frequentadores” da Casa do Professor, ou para proteger a *face*, de acordo com Goffman (2007, 2011), que discute as representações do *self* nos processos de interações sociais.

Em tais ocasiões o indivíduo cuja representação tenha sido desacreditada pode se sentir constrangido enquanto os outros presentes podem tornar-se hostis e tanto um quanto os outros podem se sentir pouco à vontade, confusos, envergonhados, embaraçados, experimentando o tipo de anomia gerado quando o minúsculo sistema social da interação face a face entra em colapso. (GOFFMAN, 2007, p. 21)

Goffman (2007, p. 21) também chama a atenção para o direito de tratamento moral adequado de pessoas com certas características sociais: “a sociedade está organizada tendo por base o princípio de que qualquer indivíduo que possua certas características sociais tem o direito moral de esperar que os outros o valorizem e o tratem de maneira adequada”.

Nesse ambiente, os docentes são recebidos e direcionados ao Serviço Social, onde é iniciado o atendimento. As profissionais desse setor realizam a entrevista e recebem as queixas iniciais do sofrimento docente. Quase que ritualisticamente, a assistente social realiza os registros em formulário próprio, denominado ficha de acolhimento (cópia anexa) e abre prontuário clínico (cópia anexa) do servidor com suas observações sobre os aspectos emocionais e suas percepções sobre a postura corporal do usuário.

A assistente social, após ouvir os relatos iniciais do docente, explica-lhe o regulamento da Casa do Professor e solicita a assinatura do Termo de Compromisso (anexo), no qual são prescritas as normas que regulamentam o processo de acompanhamento e o comprometimento do docente com o tratamento proposto pela Casa. Nessa ocasião, as assistentes sociais realizam a triagem para os demais especialistas (psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e outros), de acordo com o caso, como é indicado no Quadro 12, ao final deste capítulo.

O agendamento para a avaliação psicológica do docente faz parte do processo ritualístico, sendo quase sempre uma necessidade obrigatória, pois o tratamento psicológico é o “carro chefe” da Casa do Professor devido aos tipos de transtornos e adoecimentos associados ao sofrimento psíquico. Esse agendamento depende da urgência do caso e da disponibilidade da psicóloga que irá acompanhá-lo durante o processo terapêutico.

Realizada a avaliação psicológica inicial, quando o docente ainda não faz acompanhamento psiquiátrico, ou ainda não possui um diagnóstico, ou porque está em crise, ele é encaminhado ao médico psiquiatra, como explica a profissional do Serviço Social:

Quando percebemos que é grave, que a maioria é grave quando eles chegam aqui, eles já vêm em uma situação bem crítica. Aí encaminhamos para os psicólogos e

após a avaliação [...], porque muitas das vezes eles já chegam em crise. Já vem pra cá em surto psicótico mesmo e a gente, imediatamente, encaminha para o hospital. Pra fazer a consulta psiquiátrica imediatamente, aí a gente não espera as quatro sessões para concluir a avaliação. Se você olhou, conversou e viu que a pessoa está desorientada aí você encaminha logo para o psiquiatra. (Trecho de entrevista concedida pela psi Edilea, realizada em 06 de dezembro de 2013)

De acordo com o tipo de adoecimento e situação clínica, os profissionais da psicologia avaliam o caso para os devidos encaminhamentos. Conforme minhas análises e observações dos prontuários, grande parte dos docentes é encaminhada ao psiquiatra, porque, além do tratamento psiquiátrico considerado necessário, a avaliação desse especialista também é relevante para os trâmites do afastamento do professor da sala de aula se necessário, isto porque o poder do médico psiquiatra, naquele momento, é determinante, como explica a psicóloga entrevistada:

Se o caso for mais simples, mas concluímos a avaliação e no final da avaliação nós percebemos que ele precisa de um psiquiatra. A gente encaminha para o psiquiatra, faz o encaminhamento e ele vai para o psiquiatra. Depois, ele continua aqui com a gente no atendimento, aí quando ele faz a avaliação com o psiquiatra, ele pega o documento do psiquiatra e traz pra nós. O psiquiatra vai dizer que aquele servidor necessita ficar afastado do trabalho, trinta dias, aí ele vai trazer primeiro aqui pra nós. Aí nós vamos fazer o relatório de posse desse atestado e de posse de nossa avaliação do que nós observamos. Se a gente concorda com aquele afastamento de trinta dias. Se realmente é necessário, porque eu tenho muito mais dados que o psiquiatra. O psiquiatra fez aquela avaliação no momento, aí ele vai trazer pra nós. Não avaliamos se realmente o professor precisa de trinta dias, aí ele vai pra Junta Médica com nosso relatório e lá eles vão licenciar quinze dias, aí depois de quinze dias o mesmo relatório que a gente fez pra Junta Médica, a gente manda para a AMPREV. E lá na AMPREV eles vão dar mais quinze que vai caracterizar os trinta dias (Entrevista concedida pela Psi Edilea, em junho de 2014).

Conforme as contingências do caso, o docente poderá receber até noventa dias de afastamento concedidos pela AMPREV, respaldados por relatórios fornecidos pelo psicólogo (a) que realiza o acompanhamento:

Se a pessoa precisa tirar noventa dias e a gente concordou com esse afastamento a AMPREV vai dar os noventa dias. E como tem casos em que o médico deu sessenta dias, mas eu vi que não necessitava de sessenta dias. Vamos colocar trinta dias, após trinta dias se você não tiver bem, aí a AMPREV torna a homologar mais trinta. E eles acatam o nosso parecer. Percebendo que houve uma melhora no quadro do servidor, solicito que seja dado trinta dias, se o servidor apresentar melhora nesses trinta dias. Ele retorna ao trabalho. Se ele não apresentar, ele continua com a licença dele. Então a AMPREV homologa os trinta dias. Completou trinta dias e ele não melhorou. Eu mando outro documento e aí vai ser homologado mais trinta (Entrevista concedida pela Psi Edilea, em junho de 2014).

Os especialistas que acompanham os docentes se mantêm atentos ao controle dos prazos de afastamento dos docentes para atualização de informações e encaminhamento de relatórios

às escolas ou à própria SEED, “cuidando para não prejudicar a vida profissional no que se referem os seus direitos trabalhistas e deveres, conforme Lei 0949/2005, que rege tais procedimentos” (Psi Edileia).

O controle direcionado ao servidor acompanhado clinicamente pressupõe a observância da assiduidade ao tratamento, “para que estejam aptos para receber os direitos garantidos como trabalhadores”, de acordo com as observações da minha interlocutora. É importante ressaltar que, em alguns casos, o docente já chega à Casa do Professor com o diagnóstico “etiquetado” por algum ou mais tipos de adoecimentos psíquicos, respaldado pelo Código Internacional de Doenças (CID 10). Com base no mapeamento dos professores atendidos durante o período de 2009 a 2014, que será apresentado no quinto capítulo, observei que muitos docentes recebem até cinco denominações diagnósticas.

O docente continua o acompanhamento psicológico após a classificação diagnóstica. O profissional psicólogo se responsabiliza não somente pelos atendimentos em si, mas também por todo o trâmite referente à emissão de atestados e relatórios técnicos sobre a evolução do caso. Esse profissional comunica, através de relatórios periódicos: o estado de saúde e doença do sujeito; se possui condições favoráveis ou não para permanecer na sala de aula; frequência aos atendimentos; necessidade de afastamento da sala de aula; solicitações ao diretor da escola para que o docente desenvolva suas atividades em outros espaços na escola, por exemplo, salas ambientes e bibliotecas. Esses relatórios são enviados à escola, à qual o docente está vinculado ou à DRH/SEED, como órgão hierárquico superior, para que tenha conhecimento da situação de saúde/doença do docente.

Observei, nas narrativas dos docentes em tratamento na Casa, que o diagnóstico clínico concedido pelo psiquiatra fornece ao docente adoecido um certo “poder” que o legitima para garantir alguns direitos, inclusive o respaldo para o afastamento da sala de aula, conforme se observa no relato a seguir:

Fui dar aula, eu tinha uma turma só. Eu pedi, porque eu estava me sentindo mal, né? Aí ele [diretor] me chama que eu tinha sido devolvida [...] Aí ele disse “não, então, amanhã tu providencias um documento, que eu não posso fazer nada por ti”. Nada, no outro dia eu fui ao psiquiatra e relatei o que aconteceu. Ele disse [o psiquiatra]: “agora ele vai ter que te engolir lá na escola. Tu vais fazer teu tratamento fora da sala de aula”, eu queria ficar com uma turma só. “Você vai ficar tomando esses remédios [...]” (Profa. Fátima).

Essa narrativa refere-se à história de uma professora com diagnóstico de depressão, que foi comunicada na presença dos alunos, que seria devolvida por decisão do diretor, devido ao seu adoecimento. O atestado fornecido pelo médico-psiquiatra garante o

afastamento de sala de aula, dando, assim, proteção frente às ameaças do poder exercido pelos gestores. O atestado médico dá segurança, funcionando como uma espécie de escudo contra as ameaças de devolução, empoderando a docente de seus direitos na condição de doente.

Eu disse, eu vou porque eu tenho que ser respaldada na escola e é lá que eu vou ser respaldada, eu achava que era lá, mas é o psiquiatra, porque eles lá [referindo-se à Casa do Professor] não dão o respaldo de nada, eles fazem o “acompanhamento” [entre aspas], e quem dá o laudo é o psiquiatra, só ele que podia. Aí eu fui, comecei meu tratamento com ele, aí ele disse assim, “olha, se você quiser, você tem que também ir ao psicólogo, é muito bom que tu tenhas um psicólogo, aí eu fui na Casa do Professor, que ainda era ali na Floriano Peixoto. (Profa. Fátima).

Outros professores recebem o diagnóstico com tristeza porque isso os coloca em contato com a consciência de certa fragilidade frente à doença.

Ele tem me deixado um pouco triste, porque a gente sempre se imagina forte o suficiente para encarar os fatos né? Ultrapassar aquilo que não está de acordo com o que você idealiza, mas quando você se percebe que já adoeceu, é frustrante também pra você, quando você se percebe que não é um super herói, que não é um todopoderoso. Então esse acompanhamento médico que eu tenho tido ao longo desses quatro anos, tem me feito refletir que a gente tem que se deparar com os obstáculos, mas não se expor tanto a eles, então tem sido um aprendizado muito lento pra mim, eu ainda sinto muito, ainda me choco muito com as coisas que não estão de acordo com aquilo que eu idealizo, mas eu já reflito. (Profa. Isabela).

Aí quando ela [a médica da emergência] olhou pra mim e disse, você não tem problema na voz, na garganta, sua dicção tá ótima, ela disse assim, “mas a tua aparência me diz, de acordo com a minha experiência, né? Que você está com uma depressão muito forte, muito forte”, aí ela começou a falar e eu comecei a chorar, eu chorei, chorei, chorei, imagina assim, parece que eu não chorava há séculos, chorei, chorei, chorei e ela continuou conversando comigo e eu chorando, minha cunhada estava do meu lado, pegou um pouco de água pra mim e eu saí de lá chorando, eu saí de lá mais leve, mas ela me encaminhou, foi ela quem me encaminhou pro Dr. [...], ela disse assim, “eu vou te mandar para um médico, um psiquiatra” ela disse, “eu não estou dizendo que tu és doída”, ela me preparou lá, “eu vou te encaminhar para um psiquiatra, para ele te avaliar, aí ele vai verificar a possibilidade de tu tomar um remédio, mas eu tenho certeza que ele vai diagnosticar que você está com depressão e muito profunda com depressão, o teu olhar, a gente sabe o olhar da pessoa que está com depressão”, aí eu fiquei, eu nunca me imaginei com depressão, nunca, porque eu era uma pessoa alegre, brincava, eu vivia brincando, cantando, dançando, fazendo, me envolvendo em tudo, então tanto é que meus amigos não acreditaram. (Profa. Fátima).

Para muitos professores, as percepções sobre o diagnóstico do adoecimento funcionam como uma forma de “desposseção de si”; “fadiga de si”; “esvaziamento da subjetividade”. Essas expressões são utilizadas por Birman (2012), quando articula os modos de existir, vazio existencial e depressão na contemporaneidade com o “desmapeamento do mercado de trabalho”, característica própria do processo de mundialização, em que, segundo o autor, “as pessoas são obrigadas a uma flexibilização extrema da forma de ser para se adaptarem às

flutuações do mercado de trabalho” (IDEM, p. 122). Nesse sentido, o referido autor afirma que é nesse contexto que

o sujeito começa a se esgotar de maneira trágica, se esvaindo de seu desejo de ser, de viver e de agir. Sua potência se perde, obviamente, assim como suas certezas. Se o caráter, como variante que é da subjetividade, se dilui e mesmo desaparece, o sujeito não possui mais qualquer projeto de existência. [...] com isso, acaba por ser tragado pela fadiga de si mesmo (BIRMAN, 2012, p. 123).

Birman (2012) concorda com Ehenberg (2008) quando diz que Ehenberg procurou interpretar a disseminação da depressão na contemporaneidade por esse viés. Para Birman (IDEM, p. 123), “seria essa fadiga de si uma figura crucial para falar do vazio e da despossessão de si na contemporaneidade”. As narrativas seguintes ilustram “a fadiga de si” como consequência de prováveis formas de adoecimentos associadas ao mundo do trabalho.

É uma tristeza muito grande é um sentimento de bloqueio, de certa derrota, sabe? (Prof. Tobias).

Eu não tinha vontade pra nada [...] Eu não saia [...] Eu não ia cortar o cabelo [...] Eu não me preocupava com nada [...] Eu saia de qualquer jeito [...] Eu não arrumava meu quarto, se você entrasse no meu quarto era um quarto de doido mesmo. Eu não arrumava nada, nada mesmo! [...]. Eu não tive apoio no meu trabalho. Eu só tive discriminação, eu só tive assim “te vira” Eu fui tratada como um lixo. Eu me senti um lixo! Sim, pelo diretor. (Profa. Fátima)

Olha eu percebo assim, como um, não, não digo fracasso, mas foi um [...] assim eu [...] como se uma parte de mim não vai mais voltar. Uma parte de mim não vai mais voltar. Assim, eu era mais forte, era mais forte, mais determinada, sem medo, eu não tinha assim, o medo, a gente sempre tem, mas o medo de enfrentar certas coisas, às vezes quando eu tinha que falar em reuniões, eu não tremia, agora eu já tremo, a minha letra já não é mais a mesma, sai uma letra tremida, qualquer circunstância que venha me afetar eu fico com os meus nervos à flor da pele, de uma tal forma que aí, eu choro. O que eu me vejo, chorando, chorando, chorando, chorando de virar uma dor de cabeça, de se eu tiver comido alguma coisa, eu vomito, eu fico prostrada né? (Profa. Lurdes).

Analisando esses relatos, concordo com Birman quando afirma: “a resultante disso é que a subjetividade fica diante de algo que a ultrapassa e que não pode dar conta. Diante disso, a posição do sujeito é de impotência, defrontando que está com algo muito maior do que ele”. Dessa forma, o autor conclui o seu pensamento: “enfim, uma das consequências-limite desse processo é a paralisia psíquica” (BIRMAN, 2012, p. 115).

4.3.2 O “controle” sobre o professor em tratamento: o biopoder disfarçado em formas de cuidados?

Quando o docente se ausenta dos atendimentos, ou até mesmo durante o processo de acompanhamento, as assistentes sociais e psicólogas responsáveis realizam contatos por telefone ou visita domiciliar; ou se dirigem às escolas, procurando resgatar o “paciente”. Quando o usuário não responde a essas intervenções ou deixa de comparecer ao atendimento psicológico por três vezes, ele é desligado do serviço para que a vaga possa ser preenchida por outros professores ou professoras.

Destaco que a Casa trabalha em parceria com a rede de saúde mental. Alguns sujeitos são encaminhados ao Hospital das Clínicas, onde funciona a clínica de saúde mental do Estado. Outros são encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras Drogas (CAPS-AD) para tratamento paralelo, como é o caso de docentes com dependência química (alcoolismo e outras substâncias). Esses professores em tratamento simultâneo devem comparecer à Casa do Professor mensalmente, apresentando um documento de frequência do CAPS-AD, para que a psicóloga comunique, através de relatório, o tratamento do servidor às instituições interessadas, geralmente às escolas e à CRH/SEED.

Há casos de docentes que optam pelo tratamento em centros terapêuticos fora do Estado. Nesses casos, o servidor é liberado pela SEED, após a autorização da AMPREV, porém, o próprio servidor custeia o seu tratamento. O psicólogo da Casa, responsável pelo docente, continua a acompanhá-lo, com ligações telefônicas periódicas e recebimento de documentos que comprovam o tratamento realizado, “para respaldo do próprio servidor”, como assegura a psicóloga entrevistada.

Os procedimentos de acompanhamento são processos formais e contínuos, assumindo *performances* ritualizadas. Na Casa do Professor existe um Regimento Interno que norteia e regulamenta os procedimentos relatados. Ao ler e analisar os autores que tratam de rituais e *performances* foi possível observar que as ações e práticas realizadas, no *locus* empírico da minha pesquisa, são, em grande parte, ritualizadas.

Parece subjazer, nesses rituais, um rol de motivações políticas e administrativas que orientam as ações dos atores sociais na Casa, que se transformam em regras de conduta dogmatizantes e estruturantes a nortear o cotidiano dos procedimentos técnicos e também as formas de sociabilidades no exercício das ações. Esse comportamento de controle ideológico por meio de hierarquias institucionais sobre as práticas e ações dos indivíduos me remete a Mary Douglas (1998, p. 80) quando afirma que “até mesmo os simples atos de classificar e lembrar são institucionalizados [...]”. E a autora acrescenta:

as instituições dirigem sistematicamente a memória individual e canalizam nossas percepções para formas compatíveis com as relações que elas autorizam. Elas fixam processos que são essencialmente dinâmicos, ocultam a influência que eles exercem e suscitam emoções relativas a questões padronizadas e que alcançam um diapasão igualmente padronizado (DOUGLAS, 1998, p. 109).

Seguindo essa linha de pensamento, Michel Foucault (2006, p. 109) criticou diversas modalidades institucionais — escolas, prisões e manicômios —, demonstrando como elas aprisionavam as mentes e os corpos. Semelhante a Mary Douglas (1998), Foucault demonstrou como o pensamento é transferido diretamente para as instituições e como as instituições passam por cima do pensamento individual e adaptam a forma do corpo a suas convenções.

Em relação à atuação da Casa do Professor, o psicólogo responsável pelo docente adoecido, cumprindo o seu papel institucional, acompanha todo o processo legal-administrativo do docente, fornecendo informações e fazendo intervenções facilitadoras para a reinserção desse professor na sala de aula, ou — nos casos graves, nos quais o “adoecimento se torna crônico e o professor não reúne condições para o trabalho” —, para a aposentaria, conforme declarações de profissionais da Casa.

Muitos dos servidores atendidos não retornam ao exercício de suas atividades em sala de aula. Logo no início do tratamento eles são alocados em outros espaços escolares, denominados “salas ambientes”: sala de vídeo, sala de leitura, laboratório de informática; ou em espaços para exercer funções colaborativas — na biblioteca, na secretaria escolar; ou, ainda, ficam ajudando outros professores em projetos educativos.

O psicólogo responsável também segue o processo de aposentadoria do docente junto à AMPREV e órgãos competentes. Em entrevista com a psicóloga Edileia, em junho de 2015, fui informada sobre a estatística dos casos de aposentadoria no decorrer da história do Psicossocial e da Casa do Professor:

- a) Docentes aposentados (processo concluído) - seis professores com os diagnósticos: dois casos de esquizofrenia; dependência crônica (múltiplas drogas); transtorno bipolar grave com sintoma psicótico e dois por alcoolismo;
- b) Professores em processo de aposentadoria, somente aguardando a conclusão do prazo de dois anos de avaliação para aposentadoria: cinco professores com os seguintes diagnósticos: dois casos de dependência crônica (múltiplas drogas); um caso de esquizofrenia; um alcoolista e um por diabetes e depressão grave;
- c) Professores demitidos - um caso (prontuário incinerado).

O processo para a aposentadoria segue os trâmites legais, sendo necessários dois anos de avaliação, como afirma a minha interlocutora: “após dois anos de licenciamento, se o seu estado psíquico e emocional não se restabelecer, o servidor será aposentado” (Edileia, entrevista concedida em 24 de outubro de 2014).

No Quadro 12 ao final deste capítulo, no qual apresento a rede e a dinâmica de funcionamento, e como os professores circulam durante o processo de tratamento, observei que o profissional da psicologia exerce importante função de mediação entre o trabalhador docente e outros dispositivos médicos, administrativos e jurídicos: Junta Médica, AMPREV, médico psiquiatra, hospitais, Ministério Público, escolas, SEED, e também realiza ações junto às famílias desses professores, quando necessário, acompanhando o usuário até a sua reinserção na sala de aula ou conduzindo ações para ajudá-lo nos trâmites para a obtenção da aposentaria junto à AMPREV.

A equipe de psicólogos totaliza onze profissionais: dois psicólogos e nove psicólogas. O atendimento individualizado é a prática terapêutica predominante. A Casa ainda não oferece terapia de grupo e cada psicólogo segue a “sua” própria abordagem teórica e prática. Os atendimentos psicológicos são disponibilizados semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente, de acordo com a necessidade do servidor. Grande parte dos casos de docentes atendidos é submetida ao tratamento medicamentoso como suporte ao tratamento psicossocial. De acordo com o mapeamento construído, alguns pacientes chegam a fazer uso de até cinco tipos de psicotrópicos.

4.3.3 Política de atendimento: a “captura” para o tratamento

Durante a história do Psicossocial, os rituais internos de acolhimento, atendimento e de encaminhamento seguiram uma lógica criada e recriada conforme as necessidades apresentadas. A sua política de atendimento esteve voltada a todos os servidores do quadro funcional da SEED, porém, a sua principal clientela eram docentes que buscavam acompanhamento durante o período de 2005 a 2013.

A partir da mudança de projeto para a Casa do Professor, a política de atendimento ficou restrita aos profissionais da educação: gestores, técnicos e docentes. Entretanto, a clientela da Casa passou a constituir-se predominantemente de docentes, representando as diferentes modalidades de ensino: Ensino Fundamental, Médio, Sistema Modular de Ensino (SOME), Sistema Modular de Ensino Indígena (SOMEI) e docentes federais, do ex-Território

do Amapá, que são lotados na SEED. Com a nova dinâmica de atendimentos, a Casa realizou as ações e atendimentos mostrados no Quadro 11.

Quadro 11 - Demonstrativo geral dos atendimentos realizados em 2014⁷⁴.

Atividades realizadas	Total
Acolhimentos e encaminhamentos do Serviço Social	792
Atendimentos individuais (psicológicos e com outros especialistas da equipe)	3.789
Atendimentos a familiares	35
Visitas domiciliares	19
Visitas institucionais (Escolas, CAPS Ad II, AMPREV, Junta Médica do Estado e outros)	28
Atendimentos pedagógicos	31
Reuniões administrativas	20
Estudo de casos	03
Palestras	05
TOTAL	4.722

Fonte: Relatório de atendimentos anual da Casa do Professor, dez./2014.

O relatório cedido pela Casa somente informa, de modo muito geral, os atendimentos realizados e não define os atendimentos por especialidades. A administração da Casa não possui registros objetivos do número de sujeitos atendidos em 2014. Ressalto o esforço realizado para obter as particularizações dos atendimentos realizados por categorias de profissionais, porém, não obtive êxito, pois a equipe multidisciplinar não dispunha de tais informações.

Entretanto, é possível verificar no Quadro 11 que a Casa centraliza suas ações em atendimentos gerais, sejam de natureza psicológica ou de outras modalidades da saúde, evidenciado o número total de 3.789 atendimentos. Em relação ao número de 792 acolhimentos e encaminhamentos, esse quantitativo não significa que houve novas adesões ao tratamento, dado que nele estão incluídos casos de abandono de tratamento pelos usuários. Esse quadro chama a atenção para o número de “estudos de casos”, equivalente a três, apenas, podendo sugerir uma provável insuficiência nas interações da equipe multidisciplinar no que se refere às discussões sobre os aspectos clínicos dos sujeitos em atendimento.

⁷⁴ Esse quadro serve apenas para informar o quantitativo total de atendimentos realizados pelos profissionais da Casa. Esses dados estão referidos no Relatório Anual da Casa do Professor. Não foi impossível especificar as modalidades de atendimentos feitos por cada especialidade de atendimento, devido à maneira particular de organização dessas informações pela instituição.

4.3.4 Tipos de queixas clínicas

De acordo com o serviço de acolhimento, os docentes apresentam-se “emocionalmente fragilizados” no atendimento inicial, e quase sempre em crise. Entre a diversidade de relatos de adoecimentos, os mais comuns são: insônia, cansaço, irritabilidade, choros frequentes, dores generalizadas, perdas (luto) de familiares, conflitos na família e na escola, dores de cabeça e em diversas partes do corpo, isolamento social, tentativas de suicídio, desânimo e, nos casos mais graves, apresentam sintomas de surtos psicóticos — alucinações auditivas e visuais.

Assim, além desses sinais de sofrimento e adoecimento, os docentes referem outras queixas mais claramente associadas ao trabalho: conflitos com gestores escolares e colegas de trabalho; falta de entusiasmo pela profissão; indisciplina e comportamentos agressivos dos alunos; falta de apoio e reconhecimento pelo trabalho; insuficiência de recursos e estruturas inapropriadas para o trabalho docente; turmas numerosas, entre outras. De acordo com o relato de uma psicóloga entrevistada, alguns docentes demoram muito para buscar ajuda e, às vezes, chegam a desenvolver crises psicóticas dentro da sala de aula.

Aí chega o momento em que eles surtam dentro da sala de aula, como já tivemos vários casos do professor surtar dentro da sala de aula e sair correndo, jogar o apagador na parede e sair correndo. E muitos já foram até internados, saíram de lá direto para o Pronto Socorro e do Pronto Socorro para a psiquiatria e foram internados. Então, a queixa maior é essa dificuldade. Hoje, os alunos são muito indisciplinados e não respeitam mais o professor (Psi Edileia, entrevista concedida em outubro de 2013).

Ainda de acordo com os relatos da profissional entrevistada, a fala dos docentes é marcada por sentimentos que expressam a intensidade do mal-estar vivenciado em suas diversas modalidades.

Muita fragilidade. Eles choram muito. Eles desabam. Homens chorando.... Eles não suportam mais essa carga de trabalho. E não é só do trabalho, tem os problemas da família e também as dívidas. Quando eles chegam aqui totalmente comprometidos. Eles vêm com a vida dele bastante fragilizada. A questão financeira totalmente comprometida, essa questão de relacionamento com os alunos e também em casa, porque tudo isso vai gerar problemas em casa também. Aí ele fica agressivo em casa, ele não se controla, porque em casa a gente tira a máscara, a gente é o que é. E eles não se controlam em casa e quebram as coisas, liberam-se. Então, são esses os aspectos mais agravantes. O que a gente percebe de imediato é isso (Psi Edileia, entrevista concedida em outubro de 2013)

Esse breve relato expressa um complexo de fatores e múltiplas formas representativas do adoecimento, do sofrimento psíquico docente como consequência de ambivalências sociais

associadas ao trabalho docente, ao desgaste físico e mental e dos processos de captura da subjetividade docente, conforme analisam os autores Merton (1976); Silveira (2000); Vergely (2000); Seligmann-Silva (2011); Sennett (2006; 2012); Gaulejac (2007); Lazzarato (2006), entre outros.

4.3.5 Afastamento da sala de aula

Ao consultar os prontuários e analisar as entrevistas constatei que, quando os professores ingressam no tratamento, muitos deles são afastados da sala de aula devido à sua condição de adoecimento. Alguns deles ficam “de atestado” por um prazo mais curto, outros ficam de licença médica por tempo mais prolongado, dependendo do caso. Algumas vezes, mesmo após o encerramento da licença, não retornam à sala de aula.

Esses docentes são encaminhados para desenvolver suas atividades laborais em salas ambientes⁷⁵ da escola, por determinado tempo, até apresentarem condições psíquicas “adequadas” para o retorno à sala de aula. Segundo a profissional psi entrevistada, “o docente poderá apresentar riscos para si mesmo ou para a comunidade escolar” [...]. “O afastamento para salas ambiente representa uma forma de preservar a integridade física e emocional do professor e dos alunos”, conforme suas declarações, e essa decisão de deslocamento é fundamentada nas orientações do Conselho Federal de Psicologia e nas práticas realizadas, como ela informa:

O afastamento do professor de sala de aula se dá quando no primeiro atendimento quando ele está em crise, não apresentando condições de se manter em sala de aula. O psicólogo pode afastá-lo, imediatamente, quando percebe que docente não apresenta condições de exercer suas atividades laborais, por 15 dias. [...] Dependendo do caso, o servidor é encaminhado para consulta psiquiátrica e após a avaliação do especialista com atestado médico é conduzido para a Junta Médica do Estado. O atestado do médico especialista da Junta Médica é regra fundamental para o devido afastamento para tratamento e saúde, por um período de 15 dias. A Junta Médica tem autonomia para afastar o servidor somente por 15 dias. Se a solicitação de afastamento for mais de 15 dias, o servidor é encaminhado para a Amapá Previdência/AMPREV. Na AMPREV, a Junta Médica procede uma perícia e conforme a necessidade, o usuário será licenciado para tratamento de saúde. O tempo de afastamento dependerá da avaliação psicológica e psiquiátrica, com possíveis renovações se for necessário. Após dois anos de licenciamento, se o seu estado psíquico e emocional não se restabelecer, o servidor será aposentado (Psi Edileia, entrevista concedida em 24 de outubro de 2014).

⁷⁵ São salas reservadas no interior das escolas, onde são dispostos recursos didático-pedagógicos para atender um fim educacional específico. Esses espaços escolares têm o objetivo de proporcionar ao aluno maiores possibilidades de interações com maior diversidade de recursos e materiais pedagógicos e ter mais condições de estabelecer uma relação entre o conhecimento escolar, a sua vida e o mundo social para além da escola.

Ainda, segundo a minha interlocutora, o professor, “após o processo de tratamento e cura, poderá retornar às suas atividades laborais”. Entretanto, foi possível constatar, através da consulta nos prontuários clínicos e através do diálogo com os docentes entrevistados, que são poucos os doentes que regressam à sala de aula.

Realizados os procedimentos de acompanhamento/tratamento, e dependendo da recuperação da saúde psíquica do usuário, é feita a readaptação dos docentes na sala de aula, com a ajuda de uma pedagoga. Esse retorno é realizado por reaproximações evolutivas. Os profissionais da psicologia encaminham relatórios de acompanhamento do caso e sugerem aos gestores escolares a quantidade de turmas que o docente poderá assumir para reiniciar seu trabalho em sala de aula. De acordo com informações concedidas em entrevistas, o docente poderá retornar às suas práticas em sala de aula após oito meses a um ano de tratamento, dependendo de sua situação clínica, como enfatiza a minha interlocutora:

Para o servidor retornar para a sala de aula, a gente coloca uma restrição para ele voltar com cinco turmas, principalmente, se for um caso grave, como por exemplo: um transtorno bipolar com sintomas psicóticos, a esquizofrenia, a depressão grave com sintomas psicóticos. Em outros casos, quando eles retornam à escola, e a direção da escola muda muito o gestor. A gente pensa que é o mesmo gestor e quando você liga pra lá, não é mais o mesmo gestor, já é outro. E aquele gestor que estava lá quando nós mandamos os documentos já perdeu o documento. Já não tem mais o documento. E aí o novo gestor coloca o professor com doze, treze e quatorze turmas. Aí vem de novo o stress e começa a sobrecarga novamente (Fidelia, entrevista concedida em 29 de outubro de 2013).

A minha informante enfatiza que, devido à constante mudança de gestores escolares, nem sempre o que é sugerido pela equipe multidisciplinar é acatado pelos diretores ou por questões organizacionais da própria escola, acarretando, assim, “consequências desastrosas” que poderão ocasionar recaídas nesses servidores.

O retorno à sala de aula nem sempre é possível, depende muito do tipo de comprometimento da saúde física e mental do docente. Com base nas narrativas dos entrevistados, às vezes passa a ser impossível retornar. Para alguns deles, diante do fato de pensar em retornar, desenvolve-se um processo de ansiedade e medo que a “doença volte”. Além desses temores, existem as decepções com a gestão escolar e falta de apoio que corroboram a ausência de desejo para reingresso na sala de aula, como se percebe na fala a seguir:

Eu não aguento mais está em sala de aula. Eu não tenho um “pingo” de vontade de estar na sala de aula. Eu tenho medo até de ir para a escola. Eu disse ontem. Eu estava comentando com a merendeira. Eu não tenho vontade mais de vim pra escola. Se eu pudesse arrumar alguma outra coisa pra fazer eu faria. [...] eu estou com medo de ir pra escola, e isso está me prejudicando mais ainda. Eu venho de lá pior do que

eu vou daqui de casa. [...]. Eu não tenho vontade mais [...] E referente a isso eu não quero nem saber. Eu não quero nada que seja com relação à educação. Eu não quero mais. Eu não quero. Eu estou decepcionada com tudo. Eu não sinto vontade. [...]. Eu doava a minha alma para a educação. Eu sempre dizia isso. Sempre fui uma professora pontual. Era difícil eu faltar [...] Eu só faltava quando meus filhos estavam doentes. Até doente eu fui trabalhar. E aí no momento em que eu me vi sozinha. Tipo assim: “A gente se sente só [...]” buscando apoio, buscando respostas [...] E as pessoas que tu mais precisavas no momento te viram as costas, então, isso me fez criar um abuso da minha própria profissão, sabe? Eu disse: “Eu não quero mais ser professora! Eu quero fazer outras coisas na minha vida, menos ser professora”. Eu estou sendo sincera contigo. No momento não! Eu não gosto nem de passar na porta da sala de aula. Eu vou direto pra sala de leitura, ou então, eu fico na sala dos professores (Profa. Fátima).

É inegável a atitude aversiva dessa professora quanto ao retorno à sala de aula. Além da ausência de desejo de retomada das atividades docentes, notam-se sentimentos de decepção e desilusão com o sistema educacional. Essa “indisposição” aparece em narrativas de outros professores, como é o caso da docente Mariana.

Eu sempre gostei de ser professora, eu lembro que eu brincava desde criança de ser professora. Eu dava aula em casa, o meu pai fez uma lousa pra mim, vinham meus primos estudar e eu ensinava pra eles a ler tudo, desde criança mesmo aquela coisa muito forte, então, eu sempre gostei da sala de aula, muito. Infelizmente aconteceu tudo isso e eu tive que ficar afastada, mas eu sempre me senti um peixe fora da água. Porque o que eu sabia fazer era aquilo. É muito complicado você chegar a outro setor, na situação que eu cheguei que as pessoas te veem como quem não tem condições de realizar uma atividade. É muito difícil. No município eu ainda tentei voltar, eu fiquei eu acho um mês numa sala de aula, mas eu não consegui. No início ainda foi assim. Eu já tinha tido uma melhora, eu acho que tá com um ano. Vai fazer dois anos agora em agosto/2013 que eu quis voltar. Aí logo nas primeiras semanas foi muito bom. Nossa! Eu estava assim muito feliz “caramba eu estou aqui de novo”, mas quando começou a passar uns dias assim, as crianças parecem que mudaram, sei lá, sabe? Antes a gente falava elas pareciam ouvir. Parecem que não ouvem mais a gente e aquilo começou a me irritar. “Meu Deus será que eu ainda não estou preparada pra voltar?” Eu já não tinha mais aquela paciência que eu tinha antes. Tudo já me deixava nervosa. “Como é que eu vou conseguir controlar esse menino, que ele não quer fazer...”. Eu ficava pensando naquilo e eu não conseguia dormir. Em 2012 que eu tentei voltar. Aí eu peguei, e já não conseguia mais dormir direito, eu acordava de madrugada e não conseguia dormir só pensando naqueles meninos. O que eu ia fazer para aqueles meninos prestarem atenção, fazer atividade, e aquela confusão toda. Aí chegou o final do mês de agosto e já começou a dor de cabeça e eu chamei a coordenadora e disse: “ainda não dá”. Eu entreguei a turma que eu estava e não consegui ficar. (Profa. Mariana).

Nesse caso, nota-se que a docente Mariana, motivada pela paixão à profissão, exerceu a tentativa de retorno às atividades em sala de sala, porém, confessa que “não dá conta”, por causa do reaparecimento dos sintomas inerentes ao adoecimento e por receio de retrocesso no seu tratamento.

Informações fornecidas pelos profissionais da psicologia afirmam que quando os docentes recebem alta e são reencaminhados às suas escolas, e quase sempre devido à contratação de “professores substitutos” durante o período de tratamento dos docentes

adoecidos, os diretores escolares preferem ficar com os “substitutos” do que recolocar “o professor doente” em sala. Essa atitude me remete às formas de como os professores vitimados por algumas formas de adoecimento psíquico são representados por alguns de seus pares e componentes da comunidade escolar.

Em uma enquete que realizei com um grupo de professores do Ensino Modular, na ocasião de um encontro pedagógico, indaguei sobre as percepções a respeito dos professores que adoecem mentalmente. Emergiram as seguintes representações: “doentes”, “malucos”, “doidos”, “enrolões”, “problemáticos”, “fracos que não querem trabalhar, por isso inventam doenças”, “pobres coitados que não sabem dar aulas”, “fraudulentos”, “preguiçosos e fazem corpo mole”. Outros responderam que os professores doentes são “ignorados”, “invisíveis e até mesmo não são vistos por ninguém”. Uma professora que sofre de transtorno bipolar disse que seus colegas consideram-na “aluada, esquisita e louca”.

Esses profissionais são maculados social e culturalmente por marcas estigmatizantes que afetam profundamente a sua identidade pessoal e profissional, podendo ser percebidos, para além dos rótulos citados, como “impuros” e “perigosos” dentro de seus contextos de convívio. E como destaca Mary Douglas (1966), em relação ao poder da cultura no registro dessas marcas, poder-se-ia pensar “que, numa cultura profundamente impregnada de noções de contágio e de purificação, o indivíduo se encontra oprimido por categorias rígidas de pensamento cuja manutenção depende do auxílio de punições e de regras de evitamento” (DOUGLAS, 1966, p. 9).

Aqui recorro a algumas categorias conceituais de diferentes autores para descrever e analisar a situação de estigmatização vivida pelos professores. Dumont (1992), por exemplo, utiliza os conceitos de “dentro” e “fora” do mundo para pensar essa situação de ambivalência vivida pelos professores “dentro” da escola, porém “fora” da sala de aula, isto é, “fora” do seu *locus* de trabalho; “enclausurados” nas representações sociais de seus pares e da comunidade escolar (PELBART, 1993a) e no estigma da doença mental (GOFFMAN, 2004); o professor torna-se um *outsider*, conforme Elias (2000); Bercker (2008), e passa a viver na “liminaridade” e fora da “*communitas*” escolar (TURNER, 1974, p. 117). Na perspectiva desse antropólogo, a liminaridade pode ser comparada à morte, à invisibilidade, à escuridão, à solidão, à indefinição e à ambiguidade.

Para analisar melhor esse processo de exclusão social (XIBERAS, 1993) vivido pelos docentes adoecidos me remeto também à noção de “morte social” analisada por Lèvi-Strauss no texto: *o Feiticeiro e a sua magia*, quando fala sobre a eficácia simbólica da magia:

[...] um indivíduo, consciente de ser objeto de um malefício, é intimamente persuadido, pelas mais solenes tradições de seu grupo, de que está condenado; parentes e amigos partilham desta certeza. Desde então, a comunidade se retrai: afasta-se do maldito, conduz-se a seu respeito como se fosse, não apenas já morto, mas fonte de perigo para o seu círculo; em cada ocasião e por todas as suas condutas, o corpo social sugere a morte à infeliz vítima, que não pretende mais escapar àquilo que ela considera como seu destino inelutável. Logo, aliás, celebram-se por ela os ritos sagrados que a conduzirão ao reino das sombras. Incontinenti, brutalmente privado de todos os seus elos familiares e sociais, excluído de todas as funções e atividades pelas quais o indivíduo tomava consciência de si mesmo, depois encontrando essas forças tão imperiosas novamente conjuradas, mas somente para bani-lo do mundo dos vivos, o enfeitado cede à ação combinada do intenso terror que experimenta, da retirada súbita e total dos múltiplos sistemas de referência fornecidos pela convivência do grupo, enfim, à sua inversão decisiva que, de vivo, sujeito de direitos e de obrigações, o proclama morto, objeto de temores, de ritos e proibições. A integridade física não resiste à dissolução da personalidade social (LÈVI-STRAUSS, s/d, p.1).

A narrativa de Levi-Strauss sobre o comportamento da comunidade que isola o sujeito enfeitado, afastando-se dele e agindo como se o enfeitado estivesse morto, é muito representativa da experiência dos professores que adoecem e são afastados da sala de aula, de suas práticas docentes. Esses professores e professoras são banidos de suas funções, considerados “inúteis”, “perigosos” e “ameaçados de devolução” pela comunidade escolar, fazendo-os se sentirem “vivos-mortos”, sem valor social, como relatam alguns docentes:

Eu disse pra ele [o diretor da escola]. Puxa! No final de carreira quando mais a gente precisa do apoio. A gente já deu tudo o que tinha que dar para a educação, que a gente precisa de um carinho [...] Aí no final de carreira vocês fazem isso com a gente. Parece que a gente é papel [...] parece papel higiênico que você enrola, usa e joga fora. Foi assim que eu me senti. (Profa. Fatima).

Então eu tive um trauma muito grande agora, porque mudou a direção da escola, então no dia que mudou a direção da escola, no outro dia eu entrei de licença médica, por causa do joelho, 30 dias, e essa pessoa que entrou, quando eu retornei, que eu fui me apresentar, ele pegou os dois laudos e disse para a secretária que ele estava só esperando eu retornar que ele ia me devolver, aí como eu lá na escola já trabalho há 22 anos e não tem muita rotatividade de funcionários, então todo mundo já se conhece, sabe o trabalho do outro, então ela (referindo-se a uma colega de trabalho) disse: “não, olha professor, a Juliana já está há 22 anos aqui, ela é uma excelente professora, ela está passando por problemas, por isso que ela saiu da sala de aula”, e argumentou né? E eu sem saber né? [...]. Eu me senti uma inútil, você jogar 22 anos de dedicação, por um trabalho, por uma comunidade que é a minha comunidade porque eu moro a duas casas da escola [...] e diz que não tem lugar para mim ali. Como eu estivesse sendo jogada fora, literalmente. Então hoje eu me sinto como uma pessoa inútil, que só está ali, porque alguém pediu pra que eu estivesse. (Profa. Juliana).

É evidente o sentimento de tristeza e descartabilidade da professora citada. Nesse sentido, mesmo quando o professor adoecido é “aceito dentro da escola”, ele pode permanecer “fora”, como um *outsider*, não somente atinente ao espaço sala de aula, mas também um

outsider nas relações sociais, no exercício de suas funções, vivendo nos espaços periféricos e nos limiares da escola, denominados salas ambientes.

Esses professores são capturados não apenas pelo adoecimento, pelas formas classificatórias de diagnóstico ou pelo tratamento médico-psicológico, mas também pela exclusão e pelo preconceito social. Mesmo quando são liberados da “clausura” (através do processo de “cura”) para viver “fora”, acabam ficando presos, de qualquer modo, à clausura do lado “do fora”, da desrazão e do estigma social, de acordo com as palavras de Pelbart (1993a, p. 96), que ressalta o poder do pensamento do fora.

O Pensamento do Fora é aquele que se expõe às forças do Fora, mas que mantém com ele uma relação de vaivém, de troca, de trânsito, de aventura. É o pensamento que não burocratiza o Acaso com cálculos de probabilidade, que faz da Ruína uma linha de fuga micropolítica, que transforma a Força em intensidade e que não recorta o Desconhecido com o bisturi da racionalidade explicativa. O Pensamento do Fora arrisca-se num jogo com a Desrazão do qual ele nunca sai ileso, na medida em que não saem ilesos o Ser, a Identidade, o Sujeito, a Memória, a História e nem mesmo a Obra.

Essa forma de “aprisionamento do fora” me faz pensar em uma alternativa de tratamento contrária àquela proposta por Pinel, a qual sugere o isolamento integral do “alienado”, do seu contexto familiar e social habitual, através da institucionalização total. Pinel acreditava que afastando o “alienado em seu estado puro” das interferências que o perturbavam, consolidava tanto o diagnóstico quanto a cura, através da disciplina e do tratamento moral (AMARANTE, 2007).

No caso dos docentes “retirados” da sala de aula, os profissionais da Casa defendem que é uma forma de proteção deles (docentes) mesmos, dos alunos e da comunidade escolar, de possíveis danos que poderão ser produzidos por esses docentes, considerando a suspeita periculosidade do adoecido. Sendo assim, os professores, enclausurados no fora, são também enclausurados nos severos e arcaicos estigmas e estereótipos sociais sobre a doença mental, como expõe a minha interlocutora na narrativa a seguir.

Nós temos que avaliar esse servidor, baseado no tratamento psiquiátrico dele e ver se ele tem condições de voltar para a sala de aula. Se ele tiver condições. Se for um caso simples, ele volta. Se for um caso grave, ele não volta para a sala de aula. Ele vai ser readaptado no trabalho. E quando é um caso gravíssimo de esquizofrenia, transtorno bipolar com sintomas psicóticos, ele não volta [para a sala de aula]. Ele fica numa sala ambiente até ele se aposentar. Porque é perigoso você colocar uma pessoa dessa numa sala de aula. Vai ser risco para a vida do próprio servidor como risco para a vida dos alunos. E a gente prefere não arriscar (Psi Edileia).

A narrativa expõe o imaginário coletivo sobre o medo e o perigo que podem advir das pessoas acometidas por transtornos mentais, como foi registrado na história do tratamento da

doença mental por Basaglia (1968); Goffman (1974; Foucault ([1961]2012; 2006); Arbex (2013). Indivíduos eram arrancados do seio familiar e tinham suas subjetividades aprisionadas, muitos durante as suas vidas inteiras, como forma de proteger a família e a sociedade, para resguardá-las dos anunciados perigos e riscos advindos das pessoas que sofriam de supostos comprometimentos psíquicos.

Mencionei essas obras porque nos contêm relatos intensos sobre as formas cruéis e desumanas de captura, às quais as pessoas acometidas por transtornos mentais eram submetidas. Essas obras também, embora em contextos e situações muito distintos, me provocam a refletir sobre essa noção da “clausura do fora”, de professores que sofrem de adoecimento psíquico, e que também são vitimados pelo aprisionamento de suas vidas, “do lado de fora”, isto é, de suas rotinas típicas da função docente, considerando-se as distintas e atuais formas de estigmas e representações negativizadas sobre o adoecimento psíquico. Tais maneiras de perceber o adoecimento psíquico pode favorecer o afastamento dos professores de suas atividades laborais, de suas próprias identidades, pois, ainda no contexto histórico cultural atual são avaliados como “perigosos para si e para a vida dos alunos”, por isso a “necessidade”, justificada por alguns especialistas da Casa, de retirá-los do convívio do ambiente da sala de aula.

4.3.6 Mecanismos de controle da SEED frente aos afastamentos laborais dos docentes

Em entrevistas com os profissionais da Casa indaguei sobre o posicionamento da SEED sobre os afastamentos de docentes da sala de aula ou do próprio trabalho, nos casos das licenças médicas. Uma psicóloga respondeu que a SEED dá “autonomia” aos gestores escolares e à equipe de especialistas que realiza o acompanhamento psicossocial para decidirem, como explica a minha informante.

A SEED deixa por conta das escolas e das direções das escolas. Ela não interfere. Só se o caso for esbarrar lá na Secretaria. Aí a coordenadora da CRH liga para saber a situação daquele servidor. Aí a gente repassa toda a situação, apenas em nível de informação. Enquanto o servidor estiver sobre os nossos cuidados, ele vai estar respaldado no tratamento dele. Por exemplo, ele não tem condições de ir para a sala de aula. Ele não vai. Ele passou 90 dias de licença médica. Ele vai ter que voltar para uma readaptação. Até porque se ele ficou 90 dias é porque ele não estava bem de saúde. A saúde mental dele não estava boa. E quando ele volta a gente não manda ele direto para a sala de aula. É esse o problema dos diretores. Eles querem imediatamente que o servidor volte para a sala de aula. E a gente não permite que isso aconteça. Ele vai passar por um processo de readaptação que não é responsabilidade da AMPREV, nem da Junta Médica. É daqui, do Psicossocial à AMPREV e a Junta Médica dão todo o amparo. E quando ele volta nós temos que

avaliar esse servidor, baseado no tratamento psiquiátrico dele e ver se ele tem condições de voltar para a sala de aula. (Psi Edileia).

Relatos dos docentes e registros documentais informam que essa “autonomia” de decisão concedida aos gestores escolares quanto à liberação do docente da sala aula nem sempre é exercida sem tensões, pressões, ameaças e até “perseguições”. Existem casos em que a gestão escolar compreende e reconhece o adoecimento do professor, concedendo-lhe a liberação necessária; em outros casos os gestores não acatam o encaminhamento da equipe do Psicossocial e não reconhecem o adoecimento, devolvendo o docente à SEED, com falas como: “aqui não existe lugar para doente nesta escola”, “não temos espaço para você aqui”.

[...] tem diretor que persegue professor que está fazendo tratamento e acha que está doido! A minha diretora me perseguiu [...] me tirou da sala de aula, se não fosse a minha psicóloga que fez um documento dizendo que eu gosto da sala de aula. Ele queria me tirar da sala de aula dizendo que eu estava doido. Doido eu estou com ele, porque ela não presta conta! [...]. Persegue! Persegue a agente! (Prof. Luciano).

Foi uma coisa que marcou muito a minha vida, esse final de carreira assim, porque eu já tenho vinte e seis anos de sala de aula, tenho idade para me aposentar, mas não queria me aposentar, eu queria ficar trabalhando, mas não em sala de aula mais, mas assim, os fatos que aconteceram na escola com aquele diretor acabaram comigo, assim, me destruiu, sabe? Me senti um papel machucado e jogado fora e isso não me fez bem, eu tenho que ainda trabalhar muito para eu esquecer isso aí, mas marca, quer queira, quer não, marca a gente (Profa. Fátima).

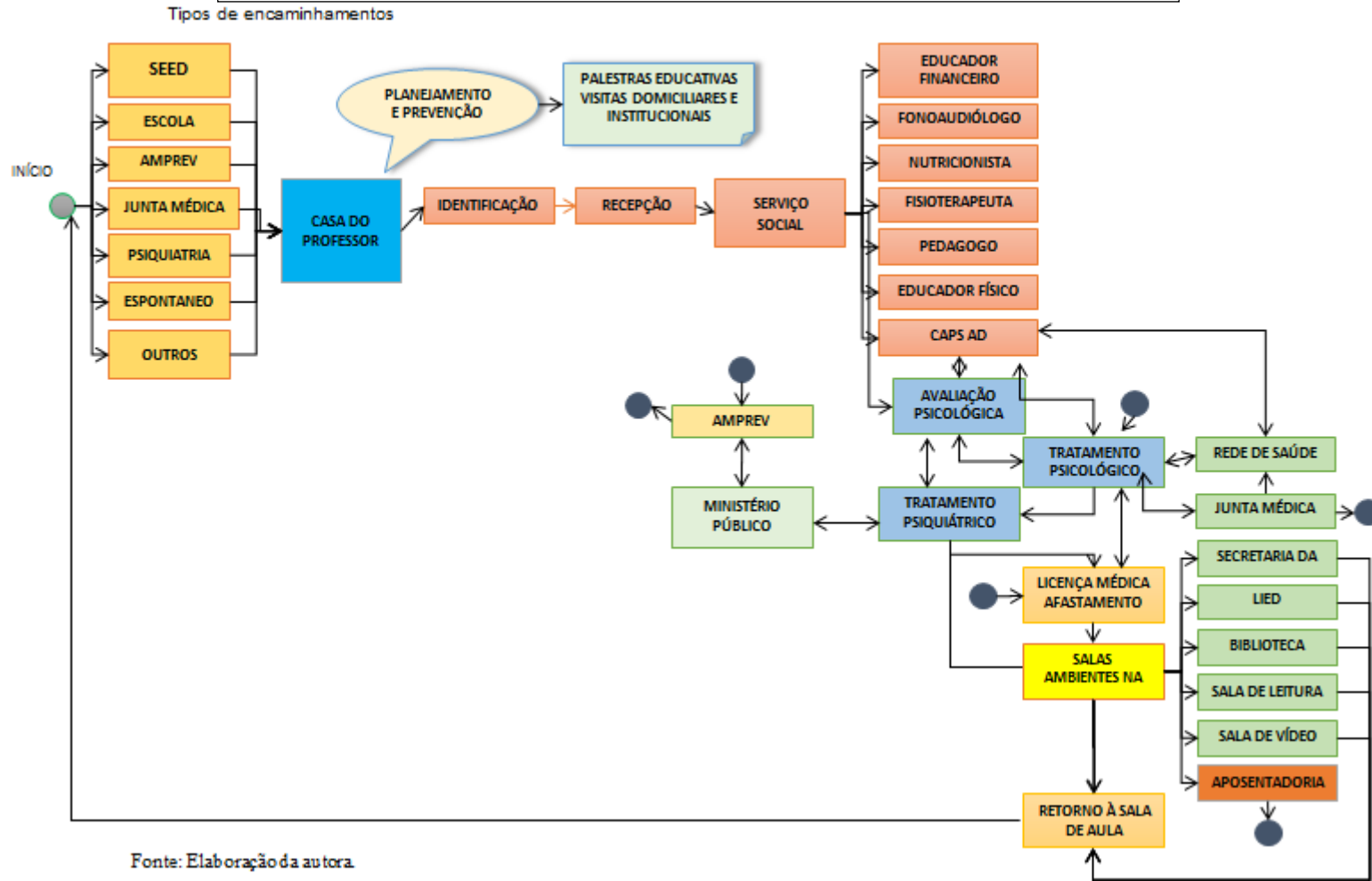
Esse modo de representar os professores adoecidos parece afetar não somente o estado de saúde e doença, mas também a dignidade pessoal e profissional, os valores, o senso de dedicação e entrega pessoal ao trabalho na escola onde o professor desempenha suas funções docentes. Isso o faz se sentirem na *liminaridade*, *outsiders*, descartáveis, inúteis, levando-os à perda do sentido de ser professor, pois são colocados em lugares periféricos da escola — salas de vídeos, salas de leitura, biblioteca para desenvolver serviços administrativos, etc. Os deslocamentos de funções geram sentimentos negativos que podem se transformar em frustrações, vulnerabilizando e precarizando ainda mais a saúde emocional de alguns professores.

Sobre a eficácia e o resultado do tratamento, segundo avaliações de profissionais da Casa, “é exitoso”. Alguns professores logram retornar ao trabalho após readaptação. Há outros casos em que os processos têm um desfecho para a aposentadoria, quando o servidor se encontra em estado avançado de dependência química ou por outros transtornos graves — esquizofrenia e depressão — que deixam sequelas graves em sua estrutura psíquica, emocional e social.

Finalizando esse capítulo, reassalto a relevância da Casa do Professor como uma referência de apoio, tanto para os docentes quanto para os familiares e dispositivos institucionais envolvidos no processo de cuidados dos trabalhadores docentes. Esse tipo de suporte à saúde docente ocorre por meio de uma conjugação de ações e parcerias com outros órgãos públicos, sejam administrativos, jurídicos e da própria rede oficial de saúde. Destaco ainda que o uso de remédios psicotrópicos faz parte da prática usual do processo terapêutico e da “cura” dos usuários, como mostro no capítulo a seguir sobre o mapeamento realizado a partir da consulta dos prontuários clínicos, exposto no próximo capítulo.

Como forma de condensar as informações apresentadas sobre a dinâmica dos deslocamentos e dos circuitos realizados pelos docentes “da sala de aula para o consultório” e “do consultório para a sala de aula” durante o tratamento elaborei o seguinte mapa como tentativa de sintetizar esse conjunto dinâmico de ações.

Quadro 12- Mapa de circuitos administrativos e clínicos durante o tratamento



5 QUEM SÃO OS PROFESSORES DO PSICOSSOAL? ANALISANDO PRONTUÁRIOS, QUEIXAS E DIAGNÓSTICOS.

“Seria preciso escutar o rosto à medida que ele fala em uma outra forma que a linguagem para entender a precariedade da vida que está em jogo” (BUTLER, 2011 p. 32).

Neste capítulo tento entender quem são esses professores que procuram a Casa do Professor e de que modo buscam socorro e ajuda no processo de enfrentamento das distintas formas de sofrimento e de adoecimento. Portanto, parto da seguinte indagação: de quê e por que padecem as subjetividades docentes? No esforço para tentar responder esta questão e construir um perfil para dar um rosto aos professores acompanhados por esse dispositivo de atenção psicossocial, apresento um levantamento de dados quantitativos, realizado através da consulta aos prontuários clínicos de todos os sujeitos atendidos a partir da criação do Psicossocial, de 2005 até dezembro de 2014. Em 2014 deu-se a inovação e a ampliação desse projeto que passou a denominar-se “Casa do Professor”, já referido no capítulo anterior.

Dessa forma, mapeei, através da leitura minuciosa de todos os prontuários clínicos referentes ao período citado, os registros acessíveis e relevantes para a construção e compreensão desses professores que buscam alívio para suas afetações psíquicas e, em muitos casos, também para outras formas de adoecimento.

A intenção da leitura desses prontuários não se limitou apenas a acessar os elementos objetivos — idade, sexo, tempo de atendimento, entre outros elementos —, mas, principalmente, entender, através dos registros técnicos, as subjetividades docentes, falas, queixas clínicas, histórias clínicas, sentimentos, eventos relacionados à dinâmica familiar — perdas, conflitos, rupturas de laços afetivos — e também suas trajetórias e queixas relacionadas ao trabalho docente.

A finalidade desse mapeamento corresponde ao esforço de compor, com esses dados, o material construído por meio das narrativas docentes e histórias clínicas individuais, uma visão de conjunto, a fim de me aproximar um pouco mais do sofrimento e do adoecimento dos docentes, usuários da Casa do Professor. Sendo assim, também procuro verificar suas dificuldades em aderir ao tratamento, modalidades de encaminhamentos, tipos de queixas clínicas, manifestações dessas queixas, tipos de adoecimento e diagnósticos.

5.1 Mapeamento de dados: perfil, manifestações e formas de sofrimento e adoecimento psíquico dos docentes

Antes de apresentar os dados do levantamento elaborado apresentado, inicialmente, números gerais sobre o quantitativo de escolas, de matrículas e de docentes atuantes no estado do Amapá, cadastrados no Portal do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) de 2005 a 2014, conforme (BRASIL, 2013).

5.1.1 *Quantitativo de escolas, docentes e matrículas no Amapá por dependência administrativa e ano.*

A consulta feita no portal do INEP para conseguir o quantitativo de escolas, de professores e do número de matrículas de 2005 a 2014, visou identificar elementos relevantes para a realização de aproximações comparativas do número de docentes atendidos no decorrer desse período.

Tabela 3 - Escolas de educação básica no estado do Amapá por dependência administrativa e ano.

Escolas					
Número de estabelecimentos da educação básica					
Federação do Amapá	Total	Dependência administrativa			
		Federal	Estadual	Municipal	Privada
2005	784	0	427	276	81
2006	785	0	427	286	72
2007	796	0	428	298	70
2008	798	0	418	315	65
2009	817	0	414	339	64
2010	810	2	407	341	60
2011	810	2	407	341	60
2012	826	2	409	352	63
2013	835	2	397	372	64
2014	711	2	339	309	61

Fonte: portal.inep.gov.br/2014 – organização da pesquisadora.

Na Tabela 3 observa-se que o maior número de escolas no Amapá concentra-se na esfera estadual. Entre os anos de 2005 e 2013 esse número mostra-se crescente; já, em 2014, aparece com significativa redução, com o aumento das dependências municipais. Ao se observar o quantitativo, em 2014, há uma redução 24 escolas. Esse arrefecimento de estabelecimentos escolares pode significar maior quantidade de alunos por sala.

Tabela 4 - Matrículas de educação básica, por etapas e por ano.

Matrículas							
Número de matrículas de Educação Básica, por etapas e modalidade por ano							
Federação do Amapá	Total	Matrículas de Educação Básica					
		Ed. Infantil	Ensino Fundamental	Ensino Médio	Ed. Especial	EJA	Ed. Profissional
2005	231.544	28.558	137.750	35.376	1.070	27.597	1.193
2006	233.036	26.010	139.736	37.225	1.284	27.123	1.658
2007	220.726	23.411	136.193	35.406	972	23.220	1.524
2008	222.133	21.738	139.936	35.257	689	23.073	1.440
2009	227.647	22.446	142.552	37.013	808	23.053	1.775
2010	229.729	21.504	144.388	37.871	617	23.477	1.872
2011	230.439	21.762	142.951	37.983	611	24.793	2.339
2012	233.447	22.357	143.661	39.122	594	24.132	3.581
2013	228.833	23.915	140.674	37.536	560	22.927	3.221
2014	230.629	25.352	138.886	38.626	3.951	23.393	6.958

Fonte: portal.inep.gov.br/2014 – organização da pesquisadora.

Na Tabela 4 os valores totais aparecem poucos estáveis, e ao se olhar os valores a partir de 2005 a 2014 constatam-se reduções de matrículas a partir de 2007 a 2010. Após esses anos há uma elevação, passando por uma queda em 2013. Vale destacar que o número de matrículas efetivado não corresponde ao número de alunos efetivamente em sala de aula em suas diversas modalidades de ensino, principalmente por conta da evasão escolar, segundo declarações obtidas de um servidor do IBGE entrevistado.

Tabela 5 - Docentes da educação básica no Estado do Amapá.

Professores				
Número de professores de educação básica por modalidade de ensino e ano				
Federação do Amapá	Total	Professores do ensino básico		
		Ensino Infantil	Ensino Fundamental	Ensino Médio
2005	9.496	1.382	6.612	1.502
2006	10.080	1.368	7.020	1.692
2007	9.063	1.231	6.417	1.415
2008	9.590	1.189	6.801	1.600
2009	9.566	1.191	6.662	1.713
2010	10.085	1.180	6.992	1.913
2011	10.092	1.168	7.018	1.906
2012	10.243	1.238	6.965	2.040
2013	10.547	1.333	7.034	2.180
2014	11.103	1.358	7.463	2.422

Fonte: portal.inep.gov.br/2014 – organização da pesquisadora.

Comparando-se os dados totais de 2005 a 2014, referentes ao número de professores de educação básica por modalidade de ensino e ano letivo, percebe-se um aumento de 1.607 docentes no Estado, envolvendo escolas públicas e privadas. Quanto às modalidades de ensino, nota-se que o maior número de professores se concentra no Ensino Fundamental.

Tabela 6 - Professores da educação básica por sexo no estado do Amapá⁷⁶.

Ano	Masculino	Feminino	Total
2007	2.896	6.349	9.245
2008	3.101	6.489	9.590
2009	3.086	6.480	9.566
2010	3.311	6.774	10.085
2011	3.331	6.761	10.092
2012	3.388	6.851	10.243
2013	3.471	7.076	10.547
2014	3.683	7.420	11.103

Fonte: Portal.Inep.gov.br/2014 – organização da pesquisadora.

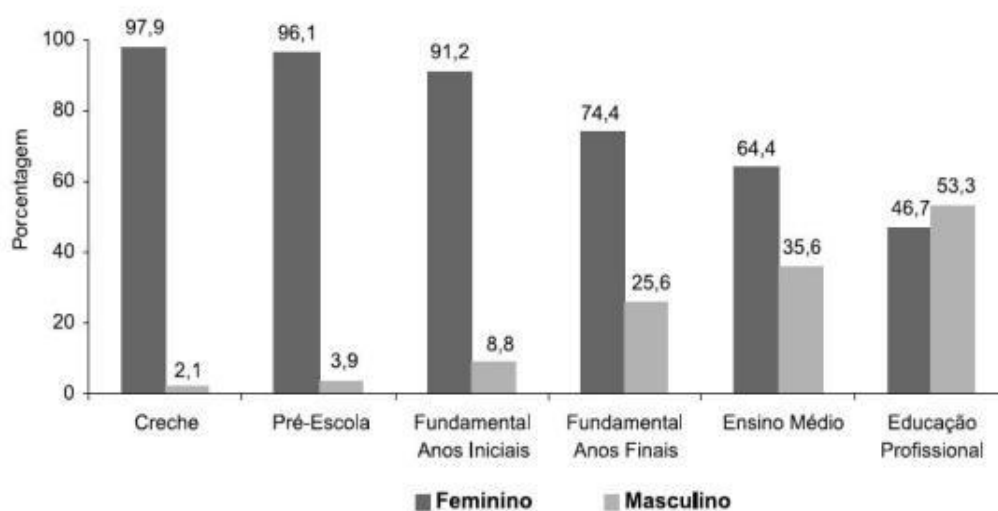
Em relação aos dados registrados no Portal do INEP, nas tabelas de informações referentes ao número de funções docentes na educação por sexo, sistematizadas por Região Geográfica e Unidade de Federação, não contém especificações sobre o quantitativo de professores quanto ao tipo das escolas públicas ou privadas. As tabelas consultadas apresentam apenas registros de forma geral. Dessa maneira, entende-se que essas informações se referem ao total dos professores no estado do Amapá, conglomerando escolas públicas e privadas. Portanto, conforme a Tabela 6, é possível afirmar que o número de professoras é superior ao de professores, correspondendo quase ao dobro desses, caracterizando uma certa feminização do magistério.

Nos registros relativos ao gênero no Banco de Dados do INEP/BRASIL, sobre a representatividade das mulheres no magistério, constam somente a partir do Censo do professor de 2007. Apresento esses dados com a representação gráfica, a seguir, a qual informa que 97,9% das professoras da creche são mulheres. Esse índice decresce para 74,4% nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio para 64,4%. Quanto ao número de mulheres no ensino superior, esse dado não aparece nesse gráfico, porém, de acordo com

⁷⁶Conforme consulta no Banco de Dados do INEP (BRASIL, 2013) constatou-se que as informações relativas ao gênero aparecem registradas somente a partir de 2007.

Senkevics (2011), “são cerca de 45% de mulheres docentes”. Esses índices evidenciam que há uma espécie de variação decrescente no número de mulheres de acordo com a elevação do nível escolar.

Gráfico 4 - Presença feminina na Educação Básica



Fonte: Censo do Professor (INEP, 2007) *Apud* Senkevics (2011). Disponível em: <<https://ensaiosdegenero.wordpress.com/2011/12/05/a-feminizacao-do-magisterio/>>. Acesso em: 24 out. 2016.

Estudos mais recentes, em referência a esses dados, apontam para uma espécie de subvalorização das mulheres se comparada aos homens, no que se refere ao ensino superior, como indicam Teixeira e Freitas (2014, p. 330):

[...] a trajetória de mulheres no ensino superior no Brasil apontando para um expressivo aumento de mulheres nos cursos superiores, com significativa escolarização em todos os níveis se comparadas aos homens. Entretanto, mantêm-se aspectos como segregação de mulheres nas áreas de humanas e saúde, sendo raras nas áreas de exatas, mantendo-se também nos cargos de menor salário, prestígio e poder.

Observando a tabela sobre o quantitativo de mulheres no magistério, na educação básica (Tabela 6) do Amapá, de 2007 a 2014, os números são superiores ao dobro dos homens. Essas cifras levam-me a inferir que a feminização na docência pode contribuir para que os índices de adoecimentos nas mulheres sejam mais expressivos, como vão mostrar os percentuais de mulheres que frequentam o Psicossocial - Casa do Professor, se comparado aos homens.

5.1.2 Mapeamento de dados referentes à consulta dos prontuários clínicos: de quê e por quê padecem as subjetividades docentes?

Retornando aos dados levantados, enfatizo que foram consultados todos os prontuários de usuários atendidos do início do Psicossocial (de setembro de 2005 a dezembro de 2013) e daqueles que realizaram acompanhamento na Casa do Professor (fevereiro a dezembro de 2014), totalizando, no geral, 1.057 prontuários clínicos.

Esse levantamento foi orientado pelo objetivo de tentar entender as seguintes indagações: Quem são esses usuários? Quais suas idades, sexo, tempo de docência, queixas e tipos de adoecimento revelados pelos diagnósticos? Quais as formas de encaminhamentos? A partir de quanto tempo de trabalho se manifesta o adoecimento? Por outro lado, quais as práticas, encaminhamentos e formas de tratamento movimentadas por esse dispositivo médico-psicológico para a “cura” e a “reinserção” dos docentes no seu cotidiano de trabalho? O que e como os dados quantitativos falam sobre o sofrimento e o adoecimento desses professores?

Para construir o banco de dados e conhecer as caracterizações dos usuários e suas identidades clínicas foram analisados os registros contidos nos prontuários, documentos administrativos e outros anexos que envolvem: anotações de atendimentos psicossociais; anotações das queixas clínicas apresentadas na ocasião do primeiro acolhimento; análises de laudos médico-psiquiátricos, relatórios técnicos, memorandos e ofícios de encaminhamentos, receituários médicos, entre outros.

As informações elaboradas foram armazenadas em planilha do Microsoft Excel 2013, formando um banco de dados denso e relevante, que apresento, aqui, em forma de gráficos e tabelas, como subsídio empírico para a análise complementar e como possível chave de entendimento de algumas dimensões do adoecimento docente.

O mapeamento desses dados demandou um trabalho de grande esforço, considerando-se a necessidade e a responsabilidade com o registro cuidadoso e atento das informações específicas. Considero, portanto, esse levantamento um suporte a mais que poderá também falar sobre o *pathos* e as subjetividades docentes da rede pública do estado do Amapá.

Do total de 1.057 prontuários analisados, 163 foram incinerados⁷⁷ pela Instituição, os quais correspondiam aos professores atendidos durante o período de 2005 a 2008 que, de

⁷⁷ A consulta foi possível apenas de parte das informações registradas em um livro da Instituição: nome dos sujeitos, sexo, modalidade de ensino, diagnósticos, etc. Porém, devido à incompletude dos registros desses dados não foi possível inseri-los no perfil construído.

alguma forma, foram desligados do serviço por alta clínica ou por abandono. Além desses, foram identificados 20 casos de docentes que haviam realizado apenas o acolhimento inicial com os assistentes sociais e que ainda constavam na lista de espera, em dezembro de 2014, para a primeira avaliação psicológica. Estes também foram descartados, não sendo possível incluir em meu banco de dados pela incompletude e insuficiências de informações.

5.1.2.1 *Atendimentos e acompanhamentos realizados no período de 2009 a 2014*

Os prontuários clínicos consultados e analisados referentes ao período de 2005 a 2014, como já foi evidenciado, totalizam 1.057, e, destes, foram catalogados 874, compreendendo 572 casos de servidores atendidos (prontuários arquivados) e 302 usuários em atendimento (em dezembro de 2014).

Desse quantitativo, constatei que, entre os servidores atendidos no intervalo de 2009 a 2014, 822 são docentes, correspondendo a 94,1%. O percentual de 5,6% refere-se a outros servidores lotados na SEED-AP, que envolve profissionais administrativos, merendeiras, pedagogos, entre outros⁷⁸ do quadro administrativo da SEED-AP, e três outros casos sem identificação informada, como ilustra o Quadro 13.

Quadro 13 - Número geral de atendimentos realizados de 2009 a 2014.

Atendimentos de 2009 a 2014		%
Docentes	822	94,1%
Não docentes	49	5,6%
Não informados	3	0,3%
Total	874	100,0%

Fonte: Dados elaborados pela pesquisadora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014⁷⁹.

Nesse sentido, devido às dificuldades apresentadas e justificadas, analiso, portanto, somente os dados referentes aos docentes identificados. Essas informações são expostas em tabelas e/ou gráficos para a realização de possíveis cruzamentos, análises e comparações. Dessa forma, será considerado somente o número de docentes atendidos no período de 2009 a 2014, que corresponde ao total de 822.

⁷⁸ Destaco que o Psicossocial quando foi criado, em 2005, tinha o objetivo de atender todos os servidores do quadro de funcional da Secretaria de Educação do Estado.

⁷⁹ Todos os quadros, gráficos e tabelas foram elaborados pela autora, com base nos registros dos prontuários clínicos dos professores investigados.

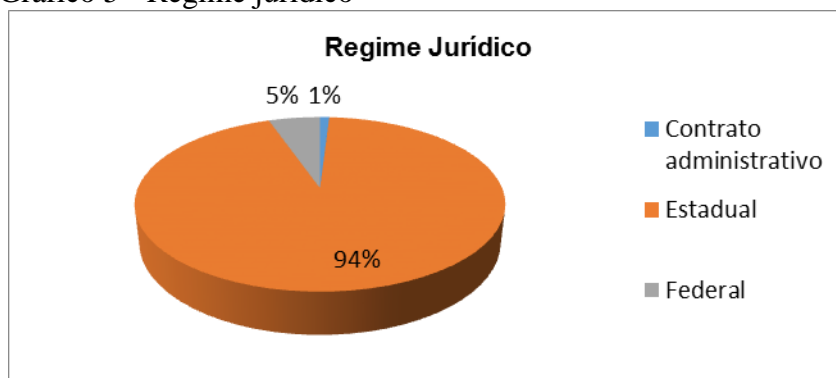
Tabela 7 - Atendimentos de docentes de 2009 a 2014.

2009 a 2014	Total	%
Professor (a)	822	100,0%
Não docentes	0	0,0%
Não informados	0	0,0%
Total	822	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

O estado do Amapá⁸⁰ conta com um quadro de 10.517 professores, de acordo com informações fornecidas pelo Departamento Pessoal da Secretaria de Educação do Estado do Amapá (DP/SEED-AP), em fevereiro de 2015. Além desse quantitativo há os professores federais do extinto Território do Amapá que estão à disposição da SEED-AP e que também, em alguns casos, buscam os serviços da Casa do Professor. No entanto, o maior número de professores atendidos nesse dispositivo de atenção psicossocial é de professores estaduais, como evidencia o Gráfico 5.

Gráfico 5 - Regime jurídico



Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Nesse caso, quanto ao regime jurídico, o maior número de professores usuários do Psicossocial - Casa do Professor é do regime estatutário, correspondendo a 94%. Os federais correspondem a 5%, e os professores com contratos administrativos, a apenas 1%.

⁸⁰Para situar o meu objeto de investigação, torna-se oportuno contextualizar, brevemente, o cenário do desenvolvimento da pesquisa. O Amapá é um estado relativamente jovem, criado em 1988 por Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) como preconiza a Constituição Brasileira. Quando no contexto socio-histórico e político, o Amapá perde seu status de Território Federal e torna-se um membro da Federação, como as demais unidades federadas do país. Atualmente, possui 16 municípios e 669.526 habitantes (IBGE, 2010) e localiza-se na região Norte, fazendo fronteiras internacionais com Suriname e Guayana, assumindo, assim, uma posição geográfica estratégica do ponto de vista das relações internacionais e econômicas. Sua população concentra-se, principalmente, em Macapá e Santana, respectivamente com 398.204 e 101.262 habitantes (IBGE, 2010).

Tabela 8 - Sexo

Sexo	Total	%
Feminino	647	78,7%
Masculino	175	21,3%
Total	822	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Esse percentual, se comparado ao número de docentes do sexo feminino registrado no INEP, no total de 7.420 (dados de 2014), significa dizer que 1,1% do total das professoras atuantes no Amapá fazem tratamento por alguma forma de sofrimento ou adoecimento psíquico.

Tabela 9 – Idade

Idade	Total	%
26 --- 30	13	1,6%
31 --- 35	48	5,8%
36 --- 40	118	14,4%
41 --- 45	213	25,9%
46 --- 50	184	22,4%
51 --- 55	111	13,5%
56 --- 60	60	7,3%
61 --- 65	27	3,3%
66 --- 70	8	1,0%
71 --- 75	4	0,5%
Não informado	36	4,4%
Total	822	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Referente à idade dos docentes que recorrem ao Psicossocial - Casa do Professor avultam-se aqueles que compreendem as faixas etárias de 36 a 55 anos, destacando-se aqueles no intervalo⁸¹ de 41 a 45 anos, com maior percentual, de 25, 9% de adoecimento.

⁸¹Os intervalos foram organizados na escala de quatro em quatro anos, conforme os padrões seguidos pelo IBGE, para permitir a comparação e análises com outras pesquisas.

Tabela 10 - Situação Conjugal

Estado Civil	Total	%
Solteiro (a)	286	34,8%
Casado (a)	279	33,9%
União estável	145	17,6%
Divorciado (a)	76	9,2%
Viúvo (a)	23	2,8%
Não informado	7	0,9%
Separado (a)	6	0,7%
Total	822	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Dos 822 docentes atendidos pelo Psicossocial - Casa do Professor, é considerável a procura pelos serviços por parte dos professores na condição de solteiros, totalizando 34,8%. Os docentes casados aparecem em seguida, com 33,9%, o que me permite interpretar que é equivalente o número de solteiros e casados. Todavia, caso se agrupem os percentuais dos separados (0,7%), viúvos (2,8%), divorciados (9,2%) e solteiros (34,8%) tem-se o total de docentes em situação “não conjugada” equivalente a 47,5%, e considerando-se os docentes em situação “conjugada”, casados (33,9%) e união estável (17,6%) obtém-se o total de 51,5%.

Constato que os professores e professoras em situação conjugada aparece superior aos em situação não conjugada, com um percentual de 4% de diferença. Nesse caso, a situação conjugal não parece ser um distintivo muito significativo para o adoecimento e sofrimento psíquico, todavia, os “casados” aparecem com maior tendência ao adoecimento.

Tabela 11 - Municípios de residência

Município de residência	Total	%
Macapá	700	85,2%
Santana	80	9,7%
Laranjal do Jari	11	1,3%
Outros municípios	9	1,1%
Mazagão	5	0,6%
Oiapoque	5	0,6%
Calçoene	4	0,5%
Porto Grande	4	0,5%

Tartarugalzinho	4	0,5%
Total	822	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Em relação ao município de residência, como mostram os resultados, a maior parte dos professores atendidos reside nos municípios de Macapá, com 85, 2%; Santana, com 9,7, e Laranjal do Jari, com 1,3%. Ressalto que esse percentual elevado de residentes em Macapá também envolve professores que atuam no Modular, pois estes possuem seus domicílios em Macapá, embora trabalhem em comunidades distantes da capital.

Sobre esse coletivo de professores desenvolvo o capítulo 6, pois suas ricas trajetórias docentes e particularidades das condições de trabalho apresentam-se, potencialmente, como um grupo com maior probabilidade de sofrimento e adoecimento. Percebe-se, também, que existem professores de outros municípios e comunidades mais distantes que procuram os serviços de atenção psicossocial da Casa do Professor, mesmo em menores proporções, provavelmente devido às dificuldades de acesso.

Tabela 12 - Tipos de encaminhamentos

Tipo de encaminhamento	Total	%
Espontâneo	387	47,1%
Escola	224	27,3%
SEED	115	14,0%
AMPREV	37	4,5%
Junta Médica Pericial	27	3,3%
Psiquiatra	10	1,2%
Não informado	5	0,6%
CRAM	4	0,5%
CAPS	3	0,4%
SINSEPEAP	3	0,4%
CAMUF	2	0,2%
APAE	1	0,1%
CAAH	1	0,1%
CREAS/SEMAST	1	0,1%
HCAL	2	0,2%
Total	822	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Relativo à modalidade de encaminhamentos, constatei que o número de demanda total não “espontânea”, oriunda dos diversos dispositivos institucionais corresponde 430, equivalente a 52, 3%. Já a demanda dita “espontânea” corresponde a 387, correspondendo a 47,1%, assim classificada pelos profissionais da “Casa”. Entretanto, conforme dizem os próprios técnicos, a adesão ao tratamento não é um processo fácil, e para que isso ocorra os docentes devem romper com uma série de barreiras pessoais e sociais, principalmente os homens, os quais tendem a levar mais tempo para aceitar o tratamento.

Alguns professores e professoras apresentam receios e preocupações com preservação da imagem de si perante os colegas, revelam medo de serem “taxados” de loucos pelo fato de serem vistos frequentando “aquele lugar” (a Casa). Em alguns casos, são os amigos mais íntimos que os “aconselham” e os “convencem” sobre a necessidade do tratamento.

É expressivo o número de encaminhamentos através da gestão escolar e da própria SEED, além da “demanda espontânea”. Lembro, aqui, que docentes com processos de adoecimento também são encaminhados ao Psicossocial - Casa do Professor por intermédio de outros aparelhos administrativos de saúde do Estado.

O percurso dos professores, desde o autoentendimento da necessidade de cuidados para seus estados subjetivos de sofrimento e alterações comportamentais até à Casa do Professor, aproxima-se do apresentado no esquema a seguir:

A trajetória do indivíduo desde a interpretação feita do seu mal-estar às diferentes modalidades de cuidados à saúde mental.

I - Interpretação dos estados subjetivos e comportamento do indivíduo:

- Pelo próprio indivíduo
- Por seus grupos sociais (família, amigos, colegas de trabalho, etc.)
- Pelos ‘agentes sociais’ (SEED, escola, AMPREV, Junta Médica, etc.)
- Por um profissional da saúde (psiquiatra, etc.).



II – Reconhecimento da patologia:

- Alterações psíquicas e somáticas (irritabilidade, choro, insônia, inapetência, ansiedade, etc.)
- Mudanças comportamentais (agressividade, conflitos familiares e no trabalho, etc.)



III – Expressão de uma necessidade de cuidado:

Sim Não



IV – Demanda de ajuda:

- Formal (profissional ‘psi’, médico generalista, psiquiatra, etc.)
- Informal (padres, pastores, curandeiros, autoajuda e tratamento alternativos)
- Nenhuma



V – Diferentes formas de cuidados oferecidas no campo da saúde mental

- Setor médico generalista (hospitais e prontos atendimentos)

- Setor especialista de saúde mental (psiquiatra)
- Outros serviços profissionais liberais ('profissionais 'psi' em consultório particular)
- Não profissionais ('ajudas sociais', autoajuda, terreiros, etc.)

Fonte: Apresentado por Dantas (2012, p. 236), com adaptações minhas.

Quando os professores chegam à Casa do Professor em busca de suporte psicológico, muitos deles são “aconselhados” e estimulados pelos amigos, colegas de trabalho ou encaminhados pelos médicos generalistas e psiquiatras, com quem já fazem tratamento, e também pela própria SEED, escolas, Junta Médica Oficial do Estado, dentre outros aparelhos de saúde, conforme a Tabela 12 e o gráfico dos itinerários docentes (Quadro 12), ao final do capítulo 4. Essas formas de encaminhamento também se evidenciam nos relatos dos professores:

Aí eles disseram que algo estava errado comigo porque eu sempre fui uma pessoa extrovertida, eu sempre fui uma pessoa alegre, a minha marca é a alegria [...]. Aí, a minha colega disse pra mim assim: “você tá com depressão”, eu disse: “não!”. Ela disse: “porque você tá com sintomas que a minha mãe tem”, eu ainda relutei, “não isso é cansaço, não vamos procurar [...]. Então ela me falou do Psicossocial [...], aí eu fui, passei pela assistente social. Já fui direto e aí pronto já me encaminharam para uma psicóloga. Aí, eu comecei o tratamento, já vai fazer um ano que eu estou lá, e assim, eu gosto. (Profa. Lurdes)

Então, eu voltei para a secretaria ano passado. [...] A doutora me deu um atestado, eu fui para a SEED e me mandaram para a Junta Médica [...]. Aí eu fui pra Junta Médica e lá a doutora me tratou mal, dizendo que era para eu ter procurado antes a Junta Médica, porque eu deixei pra procurar muito depois, mas mesmo assim eles carimbaram lá o meu documento e eu voltei para a SEED. Na SEED me encaminharam para o Psicossocial (Prof. Tobias).

Esses relatos, além de evidenciarem os percursos administrativos de encaminhamentos institucionais, mostram os itinerários dos docentes que nem sempre têm o seu sofrimento e o adoecimento reconhecidos.

As informações catalogadas sobre os professores que frequentam a Casa do Professor por modalidades de ensino se configuraram da seguinte maneira:

Tabela 13 - Modalidades de ensino

Modalidades de ensino		
Modalidades de ensino	Total	%
Regular	718	87,4%
Modular (SOME)	64	7,8%
Educação especial	29	3,5%
Modular (SOMEI)	5	0,6%
Não informado	4	0,5%
EJA	2	0,2%

Total	822	100%
-------	-----	------

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – Dez/2014.

Os professores do ensino regular representaram o maior percentual de adesão ao tratamento, com 87,4% do total. Essa modalidade de ensino compreende os níveis de Ensino Fundamental (I e II) e Médio, que somam o maior número de professores do Estado; e, se comparado ao número total de professores na rede estadual de ensino, de acordo com dados do INEP⁸², em 2014, que contavam com 9.885 docentes (soma dos docentes do Ensino Fundamental e Médio), significa que, aproximadamente 10,0% do número total apresenta alguma forma de sofrimento ou adoecimento psíquico.

Os docentes do Modular (SOME e SOMEI) em tratamento representam 8,4% do total de 822 professores atendidos. Apresento no capítulo 7, um pouco da realidade de trabalho desse coletivo de professores, sua relevância para a educação no Estado, nas localidades e comunidades distantes da capital, e por se constituir em um grupo de docentes, aparentemente suscetível ao sofrimento psíquico por suas sofridas condições de trabalho e contínuos deslocamentos (geográficos, culturais, sociais e subjetivos), o que lhe exige notável capacidade de flexibilidade e adaptabilidade. Os professores que atuam no Ensino Especial também utilizam os serviços de atenção psicossocial, com um percentual de 3,5%.

No que tange aos níveis de ensino aparecem os professores do Ensino Fundamental (I e II), com 66,9%, revelando-se, assim, um percentual bastante representativo quanto ao adoecimento psíquico. Confrontando esse resultado com os relatos das entrevistas, esses docentes são os mais “queixosos” sobre a carga de trabalho intensa, sobretudo os professores do ensino Fundamental I, que trabalham com todas as disciplinas. Eles afirmam que produzem seus próprios materiais didático-pedagógicos, em maior quantidade e de forma individualizada, conforme as necessidades específicas de aprendizagens dos alunos. Entretanto, também é significativo o percentual de professores que exercem suas funções com o Ensino Médio: 29,8%.

Tabela 14 - Níveis de ensino

Níveis de ensino	Total	%
Fundamental	550	66,9%
Médio	245	29,8%

⁸²Os dados do INEP (2013) englobam, também, os docentes da rede privada e da rede federal, conforme a Tabela 13.

Não informados	27	3,3%
Total	822	100,0%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Optei por considerar a idade dos professores no momento da primeira consulta no Psicossocial - Casa do Professor, com o objetivo de averiguar a partir de qual idade os docentes manifestam sinais e sintomas de sofrimento e de adoecimento psíquico. Os dados revelam que os maiores índices de adoecimento se concentram entre as idades de 36 a 40 anos, com percentuais equivalentes a 25,9%. A seguir vêm tem-se as idades de 41 a 45 anos, com 22,4%. Também há um número significativo de professores jovens que adoecem na faixa etária de 31 a 35 anos. Portanto, pode-se inferir que os sinais e sintomas de adoecimento se concentram dos 31 aos 50 anos de idade, em que os índices são bastantes elevados, equivalentes a 75,1%.

Tabela 15 - Idade no primeiro atendimento

Idade no primeiro atendimento	Total	%
21 --- 25	9	1,1%
26 --- 30	52	6,3%
31 --- 35	124	15,1%
36 --- 40	213	25,9%
41 --- 45	184	22,4%
46 --- 50	96	11,7%
51 --- 55	60	7,3%
56 --- 60	31	3,8%
61 --- 65	9	1,1%
66 --- 70	4	0,5%
71 --- 75	1	0,1%
Não informado	39	4,7%
Total	822	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Em relação ao tempo de docência até o primeiro atendimento, os dados revelam que os professores que se encontram na faixa de 16 a 20 anos de suas trajetórias docentes

representam 31,8% dos dados totais, conforme Tabela 16. Os dados referentes ao período de 11 a 15 anos de trabalho são também significativos, atingindo 23,6%.

Essas informações fazem-me inferir que os professores poderão apresentar maior índice de sintomas de sofrimento e/ou adoecimento psíquico no período de 11 a 20 anos de trajetória docente, após 10 anos de atividade docente. Todavia, nota-se que também há um número elevado de docentes que revelam alguma forma de adoecimento logo nos anos iniciais da carreira, como evidenciam os percentuais de zero a cinco anos de docência, com 22,6%. Isso poderá significar que muitos já ingressam no magistério público com alguma forma de adoecimento.

Tabela 16 - Tempo de docência no primeiro atendimento

Tempo de docência no primeiro atendimento	Total	%
00 --- 05	186	22,6%
06 --- 10	94	11,4%
11 --- 15	194	23,6%
16 --- 20	261	31,8%
21 --- 25	37	4,5%
26 --- 30	6	0,7%
Não informado	44	5,4%
Total	822	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Devido ao grande número de tabelas aqui elaboradas optei por não inseri-las em sua totalidade nesta seção. Na sequência, apresento algumas relações das variáveis eleitas para ampliar a compreensão do objeto investigado.

5.1.2.2 Cruzamentos de variáveis: a linguagem dos dados quantitativos como expressividade sobre o *pathos* docente.

Nesta seção faço um esboço comparativo e analítico entre algumas variáveis eleitas para uma leitura mais expressiva sobre as manifestações do *pathos* docente.

Na tabela seguinte confronto sexo e idade dos docentes na ocasião do primeiro atendimento psicossocial, isto é, momento em que os professores e professoras já não estão conseguindo mais lidar com o mal-estar e procuram os serviços da Casa do Professor.

Constatai que o quantitativo de mulheres é maior do que o dos homens, todavia, em termos proporcionais os percentuais são aproximativos.

Tabela 17 - Idade no primeiro atendimento x sexo

Idade no primeiro atendimento	Sexo			
	Feminino	%	Masculino	%
21 --- 25	8	1,2%	1	0,6%
26 --- 30	38	5,9%	14	8,0%
31 --- 35	97	15,0%	27	15,4%
36 --- 40	171	26,4%	42	24,0%
41 --- 45	150	23,2%	34	19,4%
46 --- 50	76	11,7%	20	11,4%
51 --- 55	45	7,0%	15	8,6%
56 --- 60	23	3,6%	8	4,6%
61 --- 65	8	1,2%	1	0,6%
66 --- 70	3	0,5%	1	0,6%
71 --- 75	1	0,2%	0	0,0%
Não informado	27	4,2%	12	6,9%
Total	647	100%	175	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Percebe-se que tanto os professores quanto as professoras na faixa etária de 30 a 40 anos buscam ajuda, considerando-se, aqui, a probabilidade de ambos manifestarem sinais e sintomas de adoecimentos com a mesma idade.

Na Tabela 18, comparo três variáveis: idade no primeiro atendimento, sexo e tempo de docência no primeiro atendimento. Neste caso, as mulheres recorrem ao Psicossocial – Casa do Professor logo nos anos iniciais da carreira docente, sendo mais representativo o período de 11 a 20 de anos de trabalho — próximo dos 36 anos de idade.

Por sua vez, os professores, mesmo sendo em menor quantidade de casos, parecem não apresentar diferenças expressivas relativas à comparação dessas três variáveis.

Tabela 18 - Relação Idade no primeiro atendimento x sexo x tempo de docência no primeiro atendimento

Idade no primeiro Atendimento	Tempo de docência no primeiro atendimento													
	0 --- 5		6 --- 10		11 --- 15		16 --- 20		21 --- 25		26 --- 30		Não informados	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
21 --- 25	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26 --- 30	25	11	8	2	1	0	1	0	0	0	0	0	3	1
31 --- 35	41	16	18	3	32	6	4	0	0	0	0	0	2	2
36 --- 40	27	12	23	7	50	13	63	9	6	0	0	0	2	1
41 --- 45	16	5	13	4	28	8	67	15	12	2	0	0	14	0
46 --- 50	7	2	4	5	20	4	29	8	9	0	0	1	7	0
51 --- 55	3	2	1	1	5	4	27	6	2	2	0	0	7	0
56 --- 60	0	1	2	0	6	2	11	3	1	1	1	0	2	1
61 --- 65	0	0	1	0	1	0	5	1	0	0	0	0	1	0
66 --- 70	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
71 --- 75	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Não informado	4	4	2	0	10	3	5	5	1	0	0	0	5	0
Total	132	54	72	22	154	40	214	47	31	6	1	0	43	5

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Os dados da Tabela 18 mostram que tanto as mulheres quanto os homens, com tempo equivalente de docência no magistério estadual buscam ajuda, ainda bem jovens no Psicossocial - Casa do Professor, por algum tipo de sofrimento ou adoecimento psíquico, — entre os 21 e 30 anos de idade —, porém, as mulheres aparecem em maior número. Entre os 31 e 45 anos de idade, constata-se o aumento do número de casos tanto de professoras quanto de professores, com até 15 anos de docência. Contudo, essa tabela mostra o visível aumento tanto de professores quanto de professoras que recorrem ao Psicossocial – Casa do professor com tempo de docência entre 15 e 20 anos, e respectivas idades de 36 a 45 anos. No intervalo de 16 a 20 anos de docência encontra-se o maior número de casos de mulheres, totalizando 214.

O número maior de homens aparece no intervalo de zero a cinco anos de docência, com idades de 31 a 35 anos. Essa informação poderá informar uma provável tendência dos homens a adoecerem com menos idade e menos tempo de magistério. O número mais elevado de mulheres encontra-se no espaço de 11 a 20 anos de docência, nas idades equivalentes a 31 e 55 anos. Saliento que o ápice da procura de ajuda na Casa do Professor, por homens e mulheres, acontece entre os 16 e 20 anos de docência. Essa informação pode confirmar que quanto maior tempo na carreira docente maior possibilidade de adoecimento.

Na Tabela 19 relaciono idade, sexo e tempo de docência, e constato que os números são significativos para homens e mulheres com até 10 anos de docência, embora o número de mulheres seja bem mais elevado do que o dos homens. Em seguida, os números se elevam dos 16 aos 25 anos de docência tanto para homens quanto para mulheres. As mulheres sobressaem na faixa etária de 41 a 55 anos, o que corresponde a 16 até 25 anos de docência. Essa informação sugere que quanto maior o tempo de docência e idade, maior a probabilidade de o docente adoecer.

Esses dados estão de acordo com as informações obtidas nas diversas entrevistas realizadas com os professores e professoras. Foi possível verificar que os docentes tendem a manifestar sinais e sintomas de adoecimento a medida em que aumenta o tempo de docência.

Tabela 19 - Relação idade x sexo x tempo de docência

Idade	Tempo de docência															
	0 --- 5		6 --- 10		11 --- 15		16 --- 20		21 --- 25		26 --- 30		31 --- 35		Não informado	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
26 --- 30	6	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31 --- 35	4	3	28	7	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2	2
36 --- 40	4	2	50	16	2	0	27	5	7	0	0	0	0	0	3	1
41 --- 45	3	0	40	13	3	1	43	10	82	16	1	0	0	0	0	1
46 --- 50	2	0	15	6	2	3	46	11	71	13	2	1	0	0	13	0
51 --- 55	0	0	6	5	1	3	28	5	42	10	2	0	0	0	9	0
56 --- 60	1	0	3	2	1	1	11	3	22	6	0	2	0	0	8	0
61 --- 65	0	0	0	1	1	0	4	1	11	4	0	0	1	0	3	1
66 --- 70	1	0	0	0	0	0	2	0	3	2	0	0	0	0	0	0
71 --- 75	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Não informado	1	1	3	3	1	0	7	4	11	4	0	0	0	0	1	0
Total	22	10	147	54	11	8	169	40	253	55	5	3	1	0	39	5

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Em relação aos tipos de sofrimento e adoecimento foi possível identificar variados tipos de diagnóstico. Quanto à tipologia e classificação dos diagnósticos clínicos associados às distintas formas de adoecimento dos professores observei o seguinte: o diagnóstico é realizado com base nos critérios do Manual de Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), da OMS, e em menor proporção pelos padrões estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) — embora a referência nosológica mais utilizada pelos profissionais “psi” para a avaliação diagnóstica seja a CID-10, como aparece nos prontuários clínicos. Para facilitar a leitura e a compreensão condensei os diagnósticos mais recorrentes na Tabela 20.

Tabela 20 - Transtornos mais expressivos⁸³

Transtornos	Total	%
Depressão	246	23,43%
Outros	172	16,38%
Sem diagnóstico	153	14,57%
Eventos familiares	114	10,86%
Transtorno de ansiedade	83	7,90%
Sintomas psicóticos	48	4,57%
Transtorno do pânico	48	4,57%
Transtorno bipolar	41	3,90%
Problemas financeiros	28	2,67%
Alcoolismo	27	2,57%
Eventos associados ao trabalho	26	2,48%
Outras substâncias psicoativas	25	2,38%
Instabilidade emocional	20	1,90%
Estresse	19	1,81%
Total	1050	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Ao visualizar a Tabela 20 percebem-se as diferentes tipologias de sofrimento e adoecimento psíquico. A depressão, em suas variadas formas, se destaca como o maior índice no coletivo de sujeitos avaliados; os eventos familiares, que envolvem perdas afetivas,

⁸³A tabela contendo os dados completos dos transtornos identificados está anexada no final desse trabalho.

separações conjugais, conflitos de relações, entre outros, aparecem em segundo lugar. Depois, chamam a atenção os índices de ansiedade, transtornos com sintomas psicóticos, por exemplo, a esquizofrenia; transtornos do pânico, bipolar e outros. Além desses, identificam-se ainda problemas de ordem financeira, alcoolismo e dependência de outras substâncias. Eventos associados ao trabalho (conflitos com gestores, colegas e alunos) aparecem em apenas 2,46%.

É importante ressaltar que, segundo a minha percepção e análise das narrativas docentes, alguns professores não associam o adoecimento pessoal ao trabalho, mesmo diante de visíveis evidências de possíveis fatores de desgaste à saúde, entre os quais: a intensa carga de trabalho (existem professores que trabalham até com doze turmas, dependendo da disciplina); condições inadequadas do ambiente de trabalho; comportamento desrespeitoso de alguns alunos e, em alguns casos, agressivo; além do alto nível de responsabilização do professor pelo aprendizado eficaz dos alunos, mesmo frente às evidentes situações estruturais paradoxantes.

Essas formas de adoecimento envolvem as subjetividades docentes, como uma unidade global, em todas as suas dimensões: corpo, pensamentos, emoções, desejos, vontades, autonomia, governo de si, relações familiares, afetivas, de trabalho e sociais, em geral, também comprometendo a saúde financeira e suas vidas como um todo. Seria imprudente fragmentar o homem, pois se o compreende como uma unidade indivisível e total, em que todas as dimensões estão interconectadas e misturadas.

Embora os registros de sofrimento organizados na Tabela 20 evidenciem um percentual elevado para os sofrimentos relacionados ao humor, que envolvem a depressão e suas variadas formas; transtornos de ansiedade, síndrome de pânico, fobias, relações e conflitos intersubjetivos e outros tipos, entendo que todas essas manifestações de sofrimento psíquico recaem sobre o corpo, como mostro mais adiante através das queixas clínicas dos docentes. Sobre as manifestações do sofrimento e adoecimento no corpo, Birman (2012, p. 69) afirma: “o corpo é o registro antropológico mais eminente no qual se enuncia na atualidade o mal-estar. Todo mundo hoje se queixa de que o corpo não funciona a contento [...] o corpo, que se transforma na caixa de ressonância privilegiada do mal-estar”.

Entretanto, apenas por uma questão didática decidi sintetizar os diferentes tipos de mal-estar (de acordo com o Quadro 14), arrolados pela linguagem médica, aproximando-os das reflexões de Birman (2012), quando analisa as subjetividades na contemporaneidade e suas formas de registro de sofrimento. Esse autor considera que, atualmente, devido a uma

série de transformações na sociedade contemporânea, o mal-estar se inscreve nos registros “do corpo”, “da ação” e “das intensidades”.

Quadro 14 - Diagnósticos por expressões do sofrimento psíquico⁸⁴

Expressões do sofrimento psíquico	Total	%
Humor: depressão, estresse, ansiedade, pânico, fobias, transtorno bipolar	484	46,7%
Sem avaliação diagnóstica	157	15,1%
Problemas de relação: trabalho, escola e família	134	12,9%
Corpo: fibromialgia e outras doenças	96	9,3%
Pensamento: esquizofrenia, transtornos psicóticos, obsessivo compulsivo, dissociativo, adaptativo.	77	7,4%
Dependência química: álcool e outras drogas	52	5,0%
Problemas financeiros	27	2,6%
Outros diagnósticos	10	1,0%
Total	1.037	100,0%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

A propósito da análise de Birman das modalidades de manifestações do mal-estar no homem contemporâneo, Dejours (1991, p.134) reconhece: “a vida psíquica é, também, um patamar de integração do funcionamento dos diferentes órgãos. Sua desestruturação repercute sobre a saúde física e sobre a saúde mental”.

Ao catalogar todos os registros de diagnósticos referidos aos docentes acompanhados, em suas múltiplas classificações, identificam-se professores com até quatro diferentes categorizações diagnósticas, como mostra a Tabela 21:

Tabela 21 - Número de diagnósticos por professor

Número de diagnósticos por professor	Total	%
01 diagnóstico	669	63,7%
02 diagnósticos	206	19,6%
03 diagnósticos	22	2,1%
04 diagnósticos	10	1,5%
Sem diagnóstico	143	13,1%
Total	1050	100,0%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

⁸⁴O número de classificações diagnósticas aqui apresentado é superior ao número de casos analisados, pois há docentes com até quatro diagnósticos. Ver Tabela 21, que representa a quantidade de diagnósticos.

O percentual de professores sem diagnósticos talvez seja porque aqueles usuários ainda não foram encaminhados à avaliação psiquiátrica.

Para análise mais detalhada relativa aos transtornos psicológicos identificados, realizei alguns cruzamentos com outras variáveis, conforme apresento na Tabela 22.

Tabela 22 - Relação transtornos x sexo

Transtornos	Feminino	%	Masculino	%
Depressão	214	26,0%	32	14,2%
Sem diagnóstico	125	15,2%	28	12,4%
Eventos familiares	93	11,3%	21	9,3%
Outros	72	8,7%	19	8,4%
Transtorno de ansiedade	65	7,9%	18	8,0%
Sintomas psicóticos	41	5,0%	7	3,1%
Transtorno do pânico	36	4,4%	12	5,3%
Transtorno bipolar	36	4,4%	5	2,2%
Eventos associados ao trabalho	17	2,1%	9	4,0%
Instabilidade emocional	17	2,1%	3	1,3%
Problemas financeiros	16	1,9%	12	5,3%
Estresse	14	1,7%	5	2,2%
Disfunções da tireóide	10	1,2%	0	0,0%
Fibromialgia	10	1,2%	0	0,0%
Transtorno adaptativo	9	1,1%	0	0,0%
Hipertensão	8	1,0%	3	1,3%
Transtorno fóbico	8	1,0%	2	0,9%
Esquizofrenia	8	1,0%	1	0,4%
Estresse pós-traumático	7	0,8%	1	0,4%
Transtorno do humor	6	0,7%	2	0,9%
Alcoolismo	5	0,6%	22	9,7%
Transtorno obsessivo compulsivo	5	0,6%	1	0,4%
Outras substâncias psicoativas	2	0,2%	23	10,2%
Total	824	100,0%	226	100,0%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Nessa tabela, constata-se imediatamente que o número de mulheres com diagnóstico de depressão é muito superior em relação aos homens, 214 mulheres e apenas 32 homens são diagnosticados com transtornos depressivos. Os eventos familiares (conflitos, lutos, separações, etc.) parecem afetar também mais as mulheres. Em relação aos transtornos de

ansiedade, em termos proporcionais os índices são bastante aproximativos: as professoras, com 7,9%, e os professores, com 8,0%.

Quanto aos demais transtornos, as mulheres se destacam mais, com exceção do alcoolismo e do uso de outras substâncias psicoativas, quesitos em que os professores homens possuem percentuais bastantes elevados: mulheres com 0,6% (alcoolismo) e 0,2% (uso de outras substâncias); homens 9,7% (alcoolismo) e 10,2% (outras substâncias).

Na Tabela 23, sobre a relação dos tipos de transtornos mais recorrentes e a idade dos professores observa-se que o maior número dos transtornos, em geral, se apresenta entre a faixa etária dos 36 aos 55 anos de idade dos sujeitos. A depressão aparece como o transtorno de maior destaque, distribuída em todas as faixas etárias, tendo um ápice entre as idades de 41 a 55 anos, com 149 casos. Os eventos familiares (separações, conflitos, perdas, etc.) também estão presentes em quase todos os intervalos etários, concentrando-se entre os 36 a 55 anos, destacando-se um índice maior entre os 41 aos 45 anos, com 34 casos.

Os transtornos de ansiedade são constatados em todas as idades, elevando-se também entre as faixas etárias de 36 a 55 anos, com maior índice entre os intervalos de 41 a 50 anos. Os casos de transtornos com sintomas psicóticos aparecem a partir dos 31 anos de idade e se distribuem nas diversas idades, até os 70 anos, revelando um número equilibrado entre 36 a 50 anos, em torno de 10 casos por intervalo etário.

Os transtornos de pânico e bipolares aparecem também de maneira significativa, e concentram-se entre as idades de 36 a 55 anos, embora o maior número de casos esteja entre 41 a 55 anos, como média de 10-11 casos. Já, os casos associados aos problemas financeiros mostram-se também na faixa etária dos 41 a 55 anos, aumentando um pouco mais entre 41 a 45 anos.

Os eventos associados ao trabalho evidenciam-se entre os 31 aos 60 anos, sendo bastante equiparados entre as idades de 36 a 50 anos, com seis casos para cada intervalo. O diagnóstico por alcoolismo mostra-se em quase todas as idades, e é mais expressivo entre 41 a 50 anos de idade. O diagnóstico por uso de outras substâncias também ocorre na mesma faixa etária. Todavia, essa informação sugere a hipótese de que os sujeitos buscam ajuda em idade mais avançada.

Tabela 23 - Transtornos x idade

Transtornos	Idade										Não informado
	26 -- 30	31 -- 35	36 -- 40	41 -- 45	46 -- 50	51 -- 55	56 -- 60	61 -- 65	66 -- 70	71 -- 75	
Depressão	1	14	37	59	55	35	21	13	2	2	7
Sem diagnóstico	5	11	19	42	36	19	8	5	0	0	8
Eventos familiares	2	4	20	34	27	11	6	0	0	2	8
Transtorno de ansiedade	1	4	11	27	21	7	6	2	1	0	3
Sintomas psicóticos	0	2	10	11	11	4	2	3	1	0	4
Transtorno do pânico	2	2	8	11	10	9	0	2	1	0	3
Transtorno bipolar	0	2	10	15	5	3	2	0	0	0	4
Problemas financeiros	0	1	4	9	5	5	0	3	0	0	1
Alcoolismo	0	2	3	7	7	4	1	2	1	0	0
Eventos associados ao trabalho	0	2	6	6	6	1	3	0	0	0	2
Outras substâncias	0	2	3	8	9	3	0	0	0	0	0
Instabilidade emocional	0	0	2	6	5	6	0	0	0	0	1
Estresse	0	0	3	6	6	0	3	1	0	0	0
Hipertensão	0	0	1	3	3	0	2	2	0	0	0
Disfunções da tireoide	0	2	0	2	3	1	1	1	0	0	0
Fibromialgia	0	1	1	1	2	3	1	0	0	0	1
Transtorno fóbico	0	0	3	2	1	2	2	0	0	0	0
Esquizofrenia	0	0	0	1	3	2	2	1	0	0	0
Transtorno adaptativo	0	0	2	1	3	3	0	0	0	0	0
Estresse pós-traumático	0	1	2	1	2	0	1	0	1	0	0
Transtorno do humor	0	1	2	1	1	1	1	1	0	0	0
Transtorno obsessivo compulsivo	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1
Outros	1	5	9	22	17	16	11	1	4	0	5
Total	12	57	157	275	239	136	74	37	11	4	48

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Verifiquei ainda a relação entre os tipos de transtorno e o tempo de docência, o que deu origem à Tabela 23. Na comparação dessas variáveis percebe-se uma aparente inconsistência de dados entre os espaços de 11 a 15 anos de docência, com uma visível redução de diagnósticos. Ressalto que as fórmulas foram conferidas para me certificar sobre a probabilidade de erros, porém, não foram identificados. A depressão apresenta-se em valores equivalentes nos intervalos de seis a 10 anos de trabalho e também no período de 16 a 20 anos, com 65 casos respectivamente, aumentando consideravelmente, no período de 21 a 25 anos de docência, para 94 diagnósticos.

Os números de casos associados aos eventos familiares sugerem que os professores tenham mais conflitos familiares entre seis a 10 anos, 16 a 20 e aumentando entre 21 a 25 anos de docência. Essa informação pode significar que à medida que aumenta o tempo de docência também poderá aumentar a possibilidade de conflitos familiares dos profissionais docentes.

Os dados evidenciados, no geral, através da comparação entre os tipos de diagnósticos e o tempo de docência, indicam um aumento em todos os tipos de transtornos entre os intervalos de 16 a 20 e de 21 a 25 anos de docência, tendo o maior destaque para quase todos os tipos de doenças, os professores que estão entre o período de 21 a 25 anos de idade. Fazendo-me supor que quando maior tempo de docência maior possibilidade de adoecimento.

Tabela 24 - Relação transtornos x tempo de docência

Transtornos	Tempo de docência							Não informado	Total
	0 --- 5	6 --- 10	11 --- 15	16 --- 20	21 --- 25	26 --- 30	31 --- 35		
Depressão	3	65	3	65	94	5	1	10	246
Sem diagnóstico	15	25	5	41	58	1	0	8	153
Eventos familiares	4	39	2	22	40	0	0	7	114
Outros	3	19	1	20	44	2	0	2	91
Transtorno de ansiedade	2	22	1	22	34	1	0	1	83
Sintomas psicóticos	1	18	0	15	12	1	0	1	48
Transtorno do pânico	4	9	1	15	14	1	0	4	48
Transtorno bipolar	1	16	0	9	11	0	0	4	41
Problemas financeiros	2	8	1	7	8	0	0	2	28
Alcoolismo	0	6	1	7	12	0	0	1	27
Eventos associados ao trabalho	0	11	2	6	6	0	0	1	26
Outras substâncias psicoativas	0	6	0	7	9	0	0	3	25
Instabilidade emocional	0	5	3	5	6	0	0	1	20
Estresse	0	6	1	5	6	0	0	1	19
Hipertensão	0	2	1	2	5	0	0	1	11
Disfunções da tireoide	0	2	0	3	4	0	0	1	10
Fibromialgia	0	3	0	3	4	0	0	0	10
Transtorno fóbico	0	3	0	4	2	0	0	1	10
Esquizofrenia	1	1	0	2	4	0	0	1	9
Transtorno adaptativo	0	1	0	4	3	0	0	1	9
Estresse pós-traumático	0	2	0	1	5	0	0	0	8
Transtorno do humor	0	1	0	4	3	0	0	0	8
Transtorno obsessivo compulsivo	1	1	0	2	2	0	0	0	6
Total	37	271	22	271	386	11	1	51	1050

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

5.2 Queixas de mal-estar psíquico: registros assinalados no corpo e na alma dos professores que se inscrevem para além dos prontuários clínicos

Tendo percorrido sobre as informações de caráter quantitativo, parti para a análise dos registros de mal-estar através das queixas clínicas (sintomas e sinais de adoecimento) mencionadas pelos docentes no momento da consulta inicial e registradas pelos profissionais da Casa que acolhem os docentes. Na seção a seguir apresento alguns exemplos de queixas referidas nesse momento inicial do tratamento.

Antes de apresentar alguns registros das queixas clínicas insiro, de forma breve, algumas reflexões sobre saúde mental, trabalho docente e suas ambiguidades.

5.2.1 Trabalho e adoecimento mental de docentes no Amapá

O campo de estudos sobre saúde mental e trabalho docente tem como foco principal a investigação de fenômenos de transtornos psíquicos associados ao trabalho, entre os quais: estresse, tensão decorrente da vida laboral, *burnout*, depressão e transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, entre outros. Sabe-se que a carga de trabalho dos professores demanda esforços físicos, cognitivos, emocionais e psicoafetivos envolvendo, assim, suas subjetividades como um todo.

Em muitos casos, esses esforços vivenciados pelos docentes e as exigências do trabalho impostas são incompatíveis com as condições reais estruturais para o exercício das práticas laborais, ocasionando, assim, circunstâncias paradoxais, entre os objetivos estabelecidos pelas políticas educacionais (municipais, estaduais e nacionais) e as possibilidades concretas para a realização do ofício docente. Essas ambiguidades poderão gerar desgastes não somente físicos, mas também psíquicos para o trabalhador docente, de acordo com Merton (1970); Lazzaratto (2006); Baumam (2013) e Alves (2013).

Em investigações realizadas por Codo (1999); Assunção e Oliveira (2003; 2009); Oliveira e Vieira (2012) sobre o trabalho docente e as condições de trabalho, os resultados revelam que o expediente de trabalho dos docentes vai além do tempo regulado, remunerado e reconhecido. Isto porque quase metade dos entrevistados leva trabalho para casa, ou seja, o trabalho invade o espaço familiar, as horas reservadas ao lazer e reduz o tempo para o descanso.

Outros aspectos mencionados nos estudos referidos, além do trabalho excedente dentro e fora do ambiente de trabalho, são os episódios de violência de escolares contra

professores, os quais podem se constituir em um fator importante que interfere na vida do profissional docente, podendo representar, ainda, uma fonte de tensão e insegurança.

Compreendo que da violência escolar, atualmente deflagrada, fato que ocorre também com frequência em Macapá, é fonte de recorrentes queixas dos professores em suas narrativas. Para além desses aspectos aludidos, sabe-se que no trabalho docente há um visível descompasso entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (atividade) que pode ocasionar vivências de prazer-sofrimento aos docentes, diz Dejours (1997). Assim, os professores também experienciam distintas problemáticas sociais e morais, além do contexto de trabalho.

Sobre os educadores recaem responsabilidades sociais e morais que vão além do ensino: a conduta do bom exemplo, da construção de valores, dar conta das cargas emocionais e pulsionais dos alunos, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. Alguns professores dizem que precisam exercer o papel de “pai”, “mãe”, “psicólogo”, “conselheiro” no cotidiano do exercício da docência (TARDIF; LESSARD, 2014a).

Nas entrevistas realizadas com os professores, junto a queixas, históricos e diagnósticos de adoecimento psíquico, escutei vários depoimentos que evidenciam uma diversidade de queixas associadas às suas trajetórias docentes. Antes de apresentar algumas dessas histórias, cito alguns depoimentos sobre as condições do trabalho docente em Macapá para situar suas trajetórias e histórias de adoecimento.

5.2.2 Relatos e queixas sobre as condições do trabalho docente em Macapá

Ao analisar as narrativas dos docentes foi possível notar que são múltiplas e variadas as queixas referidas por eles, relacionadas às diferentes dimensões do trabalho docente e provavelmente contribuem para o seu sofrimento e adoecimento. E entre as queixas mais corriqueiras encontram-se as relativas à precarização das condições ambientais e materiais em que se processa o trabalho docente. Na capital, Macapá, as escolas, em sua parte externa, apresentam-se com “boa aparência”, concernente às estruturas físicas, diferentemente de escolas do interior do Estado, onde as condições estruturais são tema de abundantes reclamações.

Os problemas mais comuns mencionados nos relatos docentes são: faltam iluminação e ventilação apropriadas, escassez de equipamentos didático-pedagógicos, mobília quebrada e insuficiente (cadeiras, armários, mesa para o professor, entre outros. .), ruídos que atrapalham

as aulas, provocando um desgaste na voz dos professores, dentre outros. Essas insuficiências dificultam o desenvolvimento das atividades docentes e provavelmente deterioram a saúde dos professores, como afirma a professora Emanuela⁸⁵:

Todos nós gostamos do belo, pelo menos a gente trabalha a arte, mostra a arte para o aluno, e o aluno vive em casebres em palafitas, estuda em uma escola extremamente feia, que é o contrário do que a gente mostra na arte. Então, a frustração é tremenda [...] [expressa-se com certa tristeza]. O reflexo disso ao longo do tempo é notório. Você adoce! Você se sente mal [...] A autoestima também do professor por trabalhar em um ambiente tão feio, tão insalubre ela é prejudicada. Muito! Quando você diz: “Ah eu trabalho num lugar lindo!” Você diz: “Puxa! Minha escola é horrorosa”. Isso reflete terrivelmente, não só no professor como no aluno. Essas são as constatações que você [referindo-se a si mesma] faz ao longo desse processo de 20 anos. Ao longo dessa caminhada de trabalho. Dessas lutas” [Trecho de entrevista, concedida em 27 mar. 2014].

A fala dessa professora evidencia diversas dificuldades vivenciadas na ambiência do trabalho escolar. Esse lamento também é expressivo em depoimentos de outros professores entrevistados. As condições inadequadas das salas de aula, descritas como barulhentas, muito quentes e com pouca ventilação e luminosidade foram anunciadas como possíveis ensejadores de estresse no trabalho desses professores.

Foi possível perceber, ainda, entre os docentes entrevistados, queixas sobre a intensificação do trabalho, carga horária puxada, turmas numerosas, gerando uma carga física e psíquica exaustiva. Declarações de profissionais da assistência social que compõem a equipe técnica da Casa do Professor confirmam esse fato:

Olha, é em torno de 10 a 12 turmas. Carga horária batida 40 horas, onde o professor não tem aquele tempo de dar uma “relaxadinha” [...] aqueles 15 min [...] sabe? E agora eles trabalham de manhã e de tarde e se está com a carga horária completa, tem que voltar no contra turno para cumprir aquela carga horária determinada. E isso aí também foi um fator que a gente percebeu que houve um número maior de reclamações, a carga horária desse trabalho deles [Trecho de entrevista realizada em 28 nov. 2013 com Assistente Social da Casa do Professor].

A ausência de apoio político-estrutural, pedagógico, administrativo e financeiro também foi citada pelos professores como fator de desgaste que os obriga, em determinados casos, a realizar gastos financeiros para compra de materiais didáticos (pincéis, papel, cópias xerox para os trabalhos dos alunos, etc.), com recursos próprios, a fim de atender as

⁸⁵Faz tratamento no Psicossocial há dois anos. Paraense, veio para o Amapá para trabalhar. É professora da rede de ensino estadual há 20 anos, leciona Língua Portuguesa, no Ensino Fundamental e na Educação de Jovens e Adultos (EJA). Atualmente está afastada da sala de aula, atua em “sala ambiente”, sofre de depressão e outros transtornos.

exigências de atividades para a melhor qualidade da aprendizagem de seus alunos. Esses docentes agem assim, em muitos casos, movidos pelo desejo de serem reconhecidos como “profissionais competentes” e de afirmar o prestígio pessoal e social, pois, em muitas situações são responsabilizados pelo fracasso escolar, e isso, na condição de trabalhadores da educação, os deixa abatidos.

São comuns também as queixas do receio de punições por parte da gestão escolar, medo de ser “devolvido” à SEED, da falta de respeito e reconhecimento pessoal, gerando “quadros nervosos”. A próxima narrativa ressalta dados expressivos de queixas do “nervoso”, trata-se do professor Luciano⁸⁶. Esse professor comunica que procurou o Psicossocial como alternativa para aliviar o seu sofrimento quando se encontrava em crise. Entre as queixas apresentadas, menciona o estresse da sala de aula, devido ao comportamento agressivo de alguns alunos:

Eu procurei, porque juntou tudo [...]. Juntou a minha vinda pra cá, sem dinheiro [...] Aí juntou com a minha esposa grávida do meu filho [...]. Aí juntou com as meninas que eu queria ficar com elas toda noite [...]. Aí juntou essa “cagada⁸⁷” com o moleque de Mazagão, que de vez em quando eu lembro [...] [choro]. Aí juntou [...] problemas na escola [...].

Aí juntou tudo isso aí tinha dias que eu acordava bem e tinha dias que eu acordava e “porra” cara eu estou “fudido”, triste [...]. Aí na época [...]. Eu ainda não namorava com essa minha [...]. Ela, aí não ficava em casa [...]. Eu estava construindo [...]. Aí eu dizia [a minha esposa] fica aí que eu estou indo dormir! Mentira! Eu ia para o bar tomar cachaça [...], tomar uma cerveja [...]. Então, eu ficava tonto e as meninas [...] professor e tal [...] e eu [...] pô que diabos! O que eu estou fazendo da minha vida? Cara! Aí tinha dias que eu amanhecia alegre, feliz [...]. Tinha dias que eu já ia pra escola empurrado [...]. E moleque que não faz a atividade [...]. Eu querendo dar uma aula boa, então, quando eu procurei a [...], ela disse assim [...]. “Eu estou vendo teu quadro aqui e tu estás só regredindo [...]”. “Vou chamar um psiquiatra [...]”. Ela me indicou lá para o [psiquiatra]. Passei um ano com o psiquiatra [...]. Aí ele me dava uns remédios lá [...] E sinceramente, quando você tomava a dor de cabeça piorava! E eu não senti melhora.

Resumindo, abandonei mesmo logo [...] a droga [...] [refere-se ao tratamento psicofarmacológico]. Abandonei, não fui mais não! Cara, a “porra” não estava fazendo efeito [...]. Aí porque tem muita coisa, que eu precisava desabafar com alguém pra ver não faz isso [...]. Não faz isso [...]. Aí quando eu comecei a falar com a psicóloga eu senti que tinha vez que eu melhorava [...]. Porque é muito assim [...] instável minha vida, sabe? Antigamente eu era mais irado, eu tinha muita raiva [...]. Alguém que me fazia raiva eu já queria matar o caboco [...] [sorri]. [Trecho de entrevista, concedida em 14 abr. 2014].

Esse professor se diz “muito nervoso” quando expressa as razões do seu adoecimento. Silveira (2000) e Duarte (1986) apresentam o “nervoso” como um fenômeno polissêmico;

⁸⁶ Professor de ensino médio, 40 anos de idade, exerce a carreira docente há 13 anos no governo do Estado, natural do Pará, faz tratamento no Psicossocial há três anos com diagnóstico de depressão.

⁸⁷ Refere-se a uma cena de agressão na sala de aula, o aluno o agrediu e o professor reagiu.

uma forma de expressão para o cansaço, fraqueza, irritabilidade, tremores, conflitos conjugais e sociais, cefaleias, ira e ressentimentos, infecção parasitária, aflições, privações afetivas ou maternas, cuja etiologia liga-se, principalmente, a fatores sociorrelacionais.

5.2.3 O corpo como cenário da expressão do sofrimento e do adoecimento psíquico

Saliento, também, que a grande maioria dos docentes adoecidos e/ou em sofrimento psíquico faz menção a dores físicas, além das dores emocionais, conforme quadro das queixas e exemplos de transcrições de queixas docentes que apresento na sequência deste capítulo.

A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. Nesse sentido, a OMS (2002, p. 17) admite que “avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que, como muitas doenças físicas, as perturbações mentais e comportamentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais”.

Nesse sentido, Le Breton (2016, p. 21) afirma: “o corpo não há fronteira, átomo, mas elemento indiscernível de um todo simbólico. Não existe aspereza entre a carne do homem e a carne do mundo”. Semelhante a esse raciocínio, Joel Birman também se posiciona sobre o corpo como o local privilegiado para a expressão do mal-estar. (BIRMAN, 2012).

Dessa forma, entendo que a saúde e a doença mental, física e social são fios da vida estreitamente entrelaçados, interconectados e interdependentes entre si. Sendo assim, admite-se que a maioria das doenças, mentais e físicas é influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Dessa forma, não se pode pensar sobre as manifestações das doenças de forma diferenciada. Essas se revelam também nesse complexo emaranhado de dimensões do humano.

Le Breton (2016, p. 27) critica o isolamento dado ao corpo pelas sociedades ocidentais, como forma de trama social de separação do homem do cosmo:

O isolamento do corpo no seio das sociedades ocidentais testemunha uma trama social na qual o homem é separado do cosmo, separado dos outros e separado de si mesmo. Fator de individuação no plano social, no plano das representações, o corpo é dissociado do sujeito e percebido como um de seus atributos. As sociedades ocidentais fizeram do corpo um ter, mais do que uma estirpe identificadora.

Esse autor parte do pressuposto de que “não se pode então considerar o homem isoladamente de seu corpo” (LE BRETON, 2016, p. 42). É tanto que na visão de Lazzarato e Negri (2013, p. 27), atualmente, “no capitalismo cognitivo, é o corpo na sua totalidade que é explorado, o corpo como subjetividade”.

Com base nessas breves considerações sobre a (in) dissociabilidade do ser humano quanto ao processo de desenvolvimento de doenças, defendo que as manifestações do sofrimento e do adoecimento também sejam inseparáveis. A exemplo dessas teorizações, muitos dos docentes que chegam à Casa no Professor relatam suas distintas formas de sofrimento e também de dores nas diversas partes do corpo: dores na cabeça, nas pernas, na cervical, articulações, etc., muitas vezes antes de o sofrimento psicológico ser citado. Dessa forma, o corpo, como Birman (2012, p. 69) considera, “é o grande cenário ou um dos grandes cenários onde o nosso mal-estar se expressa”.

5.2.4 Relatos e expressões das queixas clínicas: sintomas e sinais do adoecimento

As queixas dos professores, apresentadas no ato do atendimento inicial, são compostas por sintomas e sinais de suas distintas formas de sofrimento e adoecimento psíquico. Entendo, assim, oportuno fazer a distinção conceitual entre sintomas e sinais de adoecimento, pelo fato de o diagnóstico e prognóstico serem deduzidos a partir desses elementos (subjetivos e objetivos). Romeiro (1980, p. 3) dá uma definição clara a esse propósito:

Sintoma é a sensação subjetiva referida pelo doente como dor, ansiedade, mal-estar, alucinações, sensação de vertigem, etc. É um fenômeno só por ele sentido e que o médico, ordinariamente, não percebe nem lhe é fácil comprovar, sendo revelado apenas pela anamnese ou interrogatório. Sinal é a manifestação objetiva da doença, física ou química, diretamente observada pelo médico ou por ele provocada, como tosse, alterações da cor da pele, ruídos anormais do coração, convulsões, etc.

Sendo assim, o sintoma diz respeito única e exclusivamente ao doente, “é o caráter invisível da doença”. Já, o sinal, como manifestação objetiva, “faz parte do aspecto visível da doença, e diz respeito principalmente ao domínio médico, pois se constitui de sua observação e do exame clínico” (FERREIRA, 1994, p. 103).

Centurrino (2009), a propósito da expressão dos sintomas, afirma que, para a pessoa que sofre, as palavras tornam-se instrumento pobre de conteúdo, principalmente, nas síndromes psiquiátricas, porque é uma área de saber na qual o verbal torna-se indizível:

“O homem sofredor”, em particular, usa registros expressivos (sintomas) nos quais a palavra se torna o instrumento empobrecido de conteúdo; assim a palavra, como nos sintomas psiquiátricos, utiliza uma simbologia na qual o verbal alcança léxicos obscuros porque obscura é a área dos significados indizíveis. Cabe ao *corpus medicalis* preparado em maneira sincrônica decifrar a sua raiz última, o grito, a

necessidade, o sentir (“o sentir-se mal”) que subtende a linguagem expressa dos sintomas (CENTURRINO, 2009, p. 12)⁸⁸. Tradução da autora.

Sendo assim, os sintomas são definidos como nomeações das sensações desagradáveis descritas pelos sujeitos, de maneira espontânea através de sua percepção subjetiva do adoecimento. Já, os sinais correspondem às verificações de aspectos constatados objetivamente pelo médico e/ou profissional de saúde.

No caso dos docentes atendidos na Casa do Professor, são os assistentes sociais que recebem as queixas clínicas apresentadas pelos docentes. Essas queixas estão associadas às diversas dimensões da vida dos professores e são expressas em diferentes maneiras, principalmente, através de sinais corporais, como: a dor, o choro, tremores, sudorese, expressões faciais, postura corporal, etc.

Foucault (2011), em o nascimento da clínica, mostra o corpo como espaço da doença, podendo tornar-se passível de diferentes leituras em busca de significado para o doente, no processo de desenvolvimento dos sintomas, e também para o clínico quando este procura sinais, indícios, ao examinar o corpo do doente, encontrando as formas visíveis da doença. Por sua vez, Ferreira (1994, p. 101) também lembra que as leituras do corpo estão associadas ao conjunto de sentimentos, discursos e práticas culturais que estão na base da vida social, pois “o corpo é um reflexo da vida social” e “emblemático de processos sociais”, por esse motivo, “o estudo do corpo torna-se imprescindível não só para os especialistas das áreas biomédicas como para os cientistas sociais”.

No contexto da pesquisa de campo, da análise das anotações nos prontuários clínicos e das queixas clínicas (físicas e psíquicas) dos docentes, registradas pelos profissionais responsáveis na ficha de atendimento inicial, foi possível construir extenso material. Todas as queixas localizadas nos 822 prontuários consultados foram transcritas, resguardando-se a identificação dos sujeitos em cumprimento da ética da investigação. A título de condensação desse material realizei uma tentativa de síntese, organizando, por temas, as queixas clínicas que mais se repetiam, transpondo-os para a Tabela 25.

⁸⁸Texto original: “*L'uomo sofferente*”, in particolare, usa registri espressivi (sintomi) nei quali la parola rimane lo strumento più povero di contenuti; oppure la parola, come nelle sindromi psichiatriche, utilizza una simbologia in cui il verbale attinge a lessici oscuri poiché oscura è l'area di significanti indicibili. Sta al corpus medicali se laborarli in maniera sincrona e decifrarne la radice ultima, il grido, il bisogno, il sentire (“il sentirsi male”) che sottende il linguaggio espresso dai sintomi (CENTURRINO, 2016, p. 12).

Tabela 25 - Tipos de queixas clínicas mais frequentes

Queixas	Total	%
Outras ⁸⁹	508	18,7%
Choro e Isolamento social	405	14,9%
Insônia e falta de apetite	384	14,1%
Angústia e Irritabilidade	307	11,3%
Conflitos familiares	279	10,3%
Conflitos com a gestão: escola e SEED	221	8,1%
Dores no corpo	185	6,8%
Conflitos com alunos	137	5,0%
Luto familiar	95	3,5%
Ideias e tentativas suicidas	81	3,0%
Conflitos com colegas	78	2,9%
Problemas financeiros	37	1,4%
Total	2.717	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Esclareço que o número das queixas é superior ao número de professores investigados, pois estes as referem a elas de forma espontânea e individualizada, conforme o mal-estar pessoal. A quantidade de queixas apresentada pode variar de acordo com a maneira subjetiva de perceber e nomear o próprio adoecimento. É visível a sua variabilidade na Tabela 25: choro e isolamento social; insônia e falta de apetite; angústia e irritabilidade; conflitos familiares; conflitos com a gestão: escola; dores no corpo; conflitos com os alunos; luto familiar; ideias e tentativas suicidas; conflitos com colegas e problemas financeiros.

Ao confrontar as variadas expressões das queixas por sexo (Tabela 26 a seguir) foi possível observar que as professoras apresentam um percentual duplicado (16%) quanto à manifestação de choro e isolamento social, em relação aos professores, com 8%. Já, em relação à insônia e à inapetência, homens e mulheres apresentam valores iguais, correspondendo a 14%. Outro dado que me parece relevante destacar diz respeito às relações intersubjetivas no ambiente escolar, conflitos com a gestão (SEED-escola) e alunos. Nesse caso, os homens apresentam um percentual superior ao das mulheres, sugerindo que eles tenham maiores dificuldades nessa área.

⁸⁹ Optei por não catalogar todas as queixas clínicas pela extensão do material, entretanto, esclareço que entre o elevado número de “outras queixas” há queixas relacionadas aos sintomas cardiovasculares, problemas gástrico-intestinais, distúrbios da voz, formas de alucinações, medo, palpitações, comportamento explosivo, aumento de peso, sudorese, “nervoso”, falta de ar, cansaço constante, sonolência, dores musculares, entre outras.

Tabela 26 - Comparação das queixas por sexo

Queixas	Sexo			
	Feminino	%	Masculino	%
Outras	401	18%	107	22%
Choro e isolamento social	366	16%	39	8%
Insônia e falta de apetite	319	14%	65	14%
Angústia e Irritabilidade	258	12%	49	10%
Conflitos familiares	240	11%	39	8%
Conflitos com gestão: escola e SEED	170	8%	51	11%
Dores no corpo	155	7%	30	6%
Conflitos com alunos	99	4%	38	8%
Luto familiar	83	4%	12	3%
Ideias e tentativas suicidas	64	3%	17	4%
Conflitos com colegas	62	3%	16	3%
Problemas financeiros	24	1%	13	3%
Total	2.241	100%	476	100%

Fonte: Dados elaborados pela autora a partir dos prontuários clínicos de usuários da Casa do Professor/SEED – dez/2014.

Os demais percentuais apresentam-se ligeiramente aproximados, evidenciando uma semelhança na maneira com que professores e professoras manifestam o adoecimento e as dores psíquicas.

Para visualizar essas queixas de maneira qualitativa apresento algumas transcrições das anotações realizadas pelos técnicos da “Casa”, referidas pelos docentes na consulta inicial. Para isso, parto da seguinte pergunta: quais as queixas de sofrimento e adoecimento que “dóem no corpo e na alma” do professor e como essas são apresentadas pelos docentes ao chegar à Casa do Professor? Como essas queixas clínicas são captadas por esse dispositivo de atenção psicossocial?

Os relatos a seguir mostram alguns exemplos das distintas configurações de sofrimento e adoecimento dos docentes que recorrem à Casa do Professor, como busca da “cura” e/ou como forma de amenizar suas dores emocionais. Os sintomas e sinais de adoecimento se misturam a diversos tipos de mal-estar: transtornos psicológicos: depressão, ideações suicidas, transtornos psicossomáticos, ansiedade, entre outros.

Vem passando por problemas pessoais; foi diagnosticado como depressão e síndrome do pânico, o médico prescreveu um antidepressivo, mas o servidor não tomou a medicação.

Sente-se perseguida; problemas familiares; chorosa; insônia; isola-se; pensamento suicida.

A professora já fez atendimento no aqui Psicossocial e faz acompanhamento psiquiátrico e uso de medicação. Mês passado teve crise e ficou bastante debilitada, chora bastante, está ansiosa, com medo e com pensamentos suicidas [...]. Pensa no fracasso pessoal e profissional e evita interagir no trabalho para não ter contato com os colegas, sente necessidade de ficar isolada, o lugar onde se sente protegida é em seu quarto.

Desde dezembro de 2009 vem apresentando insônia, irritabilidade, impaciência, aumento de peso; [...], sente-se um fracasso, incapaz, não acredita mais no seu potencial, humor deprimido, pensamentos suicidas frequentes, às vezes fica a noite toda chorando: Relata que não consegue ficar em ambiente fechado por muito tempo, não ingere bebida alcóolica e não fuma.

Dificuldades de expor sua situação; desconfiada; demasiadamente ansiosa; sente-se constantemente fatigada; aumento de peso; sua mãe não tem interesse por seus problemas; sintomas psicóticos [ouve vozes]; frequentemente irritada; tem transtorno bipolar.

Relata ter percebido nesse último mês dificuldades para se expor, concursada desde 2009 deu somente dois dias de aula, ficou em pânico, taquicardia, vômito, diarreia e chorosa e com falta de apetite, problemas emocionais que até então não havia percebido, perdeu o controle em sala de aula, chegando a desmaiar.

Compareceu extremamente nervosa e chorosa, verbalizou que passou por situações delicadas na escola, presenciando conflito entre os alunos, sendo que em um desses dias houve o assassinato de um aluno por outro da mesma classe. Indiretamente, seus colegas começaram a culpá-la pelo ocorrido, passando a sentir-se acuada no município. Passou a ter insônia, perda de peso, chora constantemente e fica cada vez mais abalada emocionalmente, verbalizou que se sente insegura em continuar suas atividades na escola, pois reside sozinha no município.

Aparência fragilizada, chorosa; trauma de infância, pois foi jogada no rio por outra criança e afogou-se e desde então desenvolveu fobia relacionado à água [piscina e rios em geral]. Foi lotada para uma escola na Ilha de Santana e desde então está preocupada, pediu transferência, mas não conseguiu, no início consegui controlar o medo e a ansiedade na hora de fazer a travessia de 40 minutos; vem piorando, insônia, irritação, ansiedade, pavor na travessia, isolamento social, desequilíbrio alimentar, falta de ar, palpitação, trêmula, manchas rochas no corpo.

Problemas emocionais; tentou suicídio; pensamentos de morte; depressão; chora bastante; não consegue conviver com problemas e frustrações; agressiva e intolerante; isola-se; problemas de relacionamento no ambiente de trabalho; ansiosa e nervosa.

O cansaço do professor:

Queixa-se de constantes falta de ar, cansaço constante, sonolência, dores na costa. Em relação aos alunos sente-se extremamente frustrado por perceber que a maioria não tem interesse pelos estudos, deixando-o desanimado e desiludido como professor [...]. Sofre refluxo gástrico, gastrite, sente a saúde física e mental muito comprometida.

Há dois anos começou a apresentar dificuldades no trabalho e de resolver seus problemas particulares. Foi devolvido por apresentar dificuldades de relacionamento com a diretora da escola, problemas na justiça [delegacia da mulher]; perdeu o prazer pelo trabalho, gostava do que fazia, mas não tem motivação, isola-se, sente muito sono.

Informou que está com problemas pessoais, sente cansaço, estresse, irritabilidade com a família e no trabalho. A esposa apresenta problemas de saúde e isso o deixa preocupado, apresentou-se bastante ansioso e nervoso.

Encaminhada pela AMPREV; começo a se sentir mal com o barulho da sala de aula, chorosa, nervosismo, frio, suor nas mãos, falta de apetite, agressiva e irritada com o barulho das filhas, medo, tremor, perde o controle por qualquer motivo só em passar pela escola se sente mal, frustrada com a diretora que não reconhece seu trabalho.

Tremores, cansaço, tontura, ânsia de vômito, ansiedade, fala compulsivamente, angústia, medo, filho com problemas de saúde, dores no corpo, esquecimento, insônia, agitação, palpitação no coração, problemas financeiros.

O servidor informou que está preocupado porque a escola aumentou o número de turmas, verbalizou que não reúne condições de assumir mais 05 turmas, devido a problemas de saúde. Realiza tratamento psiquiátrico e faz uso de medicação. Relatou que não dorme bem desde outubro do ano passado [2012], sente-se cansado e indisposto. Informou que a medicação que está tomando prejudicou a libido.

Manifestações psicossomáticas: “Dói no corpo e na alma do professor”

Hipertensão. Há pouco tempo teve um atrito com um colega, faz uso de bebida alcoólica nos finais de semana, conflitos pessoais.

Relata que desde outubro de 2010 está fora de sala de aula e foi devolvida para o geoducacional porque ficou doente (nódulos na tireóide), ficou de atestado médico por sete dias, a diretora não aceitou e a devolveu para a SEED. Relata que o relatório da diretora não procede, que possui inverdades. Queixa-se de dores na garganta, inchaço, ansiedade, mãos trêmulas, nervosismo, falta de ar, indignação e manifestou desejo de pedir exoneração do estado, está muito triste com essa situação, também é servidora municipal e está de licença médica.

A servidora compareceu ao atendimento apresentando palpitação, falta de ar, medo de ficar sozinha, de dormir sozinha, pressão na cabeça, cefaleia, dificuldades de alimentar-se, perdeu três kg e isolamento social. Relatou que possui amigos, mas não possui vontade de vê-los, está com desânimo, vontade de não sair. No início de janeiro sentiu-se mal, recebeu atendimento médico. Relatou que ontem conseguiu dormir melhor e sozinha.

A servidora recebeu orientações de uma colega de trabalho que viesse ao Psicossocial. Encontra-se muito chorosa e abatida. Verbalizou que recebeu críticas sobre o seu trabalho e como se encontra com problemas de saúde e pessoais, não está sabendo lidar com a situação encontrando-se abalada emocionalmente, demonstrando sentimentos de desvalia. Foi diagnosticada com câncer de tireoide, diabetes, problemas de pressão, tratamento renal e com dificuldades para dormir.

A servidora compareceu apresentando choro frequente, tremores no corpo, autoestima negativa, oscilação de humor, sentimento de indignidade, isolamento social e pensamentos mórbidos, demonstrando certa inquietação, entretanto, com discurso organizado.

Humor rebaixado; sofreu acidente automobilístico em que o esposo e o filho único vieram a óbito, a servidora machucou-se bastante e ainda apresenta sequelas, [...]; angústia; sono; corpo pesado; desânimo; falta de vontade de se cuidar; preocupação; acorda cansada e mal-humorada; impaciente e chorosa; [...] às vezes pensa em largar tudo.

Insônia, angústia, choro sem motivo aparente, pensamentos destrutivos, irritabilidade, tem um relacionamento conflituoso, sinusite, aperto no peito, mora sozinho em Macapá; tentou suicídio duas vezes, pesadelos, falta de apetite; apresenta esses problemas desde que perdeu a mãe, dores na nuca, dores no peito.

Apresentou agitação, choro frequente, insônia, inquietação, irrita-se com facilidade, qualquer barulho lhe perturba, não consegue se concentrar, lapso de memória, já teve crise de depressão, não consegue sair de casa sozinho. Faz tratamento psiquiátrico e faz uso de medicação,

Procurou o serviço, pois não estava mais conseguindo trabalhar, sentia insônia, falta de concentração, irritação, pensamentos suicidas, passa parte do tempo planejando como vai se matar, choro sem motivo, teve depressão pós-parto, se separou do marido e do filho, não consegue conviver com eles. Dificuldades para planejar suas aulas e de relacionamento com os colegas e com os alunos.

No início do ano sentiu-se mal, choro frequente, falta de ar, medo de sozinha, tristeza, angústia, falta de apetite e insônia; cefaleia. Passou por avaliação neurológica e foi encaminhada para o psiquiatra. Referiu que foi humilhada pela junta médica, passou mal, e foi internada no São Camilo. Está de licença médica por 30 dias. Sente-se desmotivada e não recebe nenhuma ajuda, não faz nada na escola.

Violência e comportamentos agressivos dos alunos:

Está em estágio probatório. Apresenta dificuldades para lecionar, pois os alunos são agressivos; inseguro; ansioso; preocupado por não conseguiu lecionar; angústia; medo de não conseguir trabalhar.

Recebeu uma ameaça de morte na escola em que trabalhava [...]. Desde o ocorrido apresenta insônia, choro frequente, dor de cabeça, pesadelos com o seu próprio [suposto ameaçador]; verifica várias vezes se a casa está fechada, acorda assustada; pediu exoneração do cargo de diretora e está à disposição da SEED; luto [irmã e irmão] que foram assassinados no corrente ano [...].

Problemas no ambiente de trabalho; em 2008 recebeu uma turma de alunos rebeldes e barulhentos que a chamavam de "velha coroca, vai tomar no [...]". Ficou desestruturada emocionalmente e não recebeu o apoio da direção nem da supervisão escolar, mesmo com todos os problemas consentiu em ficar com a turma até o final do ano; em 2009 recebeu novamente uma turma difícil com crianças especiais e algumas sem controle e verbalizou que não sabe lidar com crianças especiais; Apresenta insônia, lapso de memória, cefaleia constante, falta de concentração, choro frequente, dores nos membros superiores, falta de apetite e pensamentos suicidas.

Conflitos com alunos indisciplinados; perda de controle; preocupação; tontura; dor de cabeça; insegurança, medo dos alunos; possui seis turmas.

Sofreu ameaça de morte em escolas anteriores, ultimamente não tem andado sozinho e não está mais dirigindo; [...] Dorme bem, mas depois acaba ficando agitado e inquieto.

A perda do sentido e do gosto de ser professor:

Isola-se; agressiva; tristeza; sem vontade de trabalhar; conflitos com o namorado; problemas familiares [pais]; ansiosa.

Compareceu demonstrando muita ansiedade, verbalizou que está há um ano e seis meses na escola atual. Houve corte do ponto em 2010, o que a deixou extremamente insatisfeita, passando a apresentar novamente ansiedade demasiada, ficar constantemente deprimida, sentir taquicardia. Verbalizou que não se sente bem em ficar na regência de classe. Estava atuando na secretaria e ficou alguns meses na sala de leitura.

Conflitos com a gestão: ameaças de “devolução” e a descartabilidade do professor:

O diretor da escola devolveu a servidora alegando que a mesma não possui conduta profissional adequada para interagir com a comunidade acadêmica, de acordo com a servidora, o diretor está perseguindo porque as acusações não são verdadeiras; choro frequente, sente-se perseguida; não consegue voltar para a cidade pois sente que todos comentam sobre ocorrido; tem medo de retornar e ser desprezada e ignorada pelos professores e alunos.

O servidor compareceu nervoso, mãos trêmulas, ansioso, fazendo gestos repetidos como o passar a mão na cabeça e no nariz. Informou que está bem e que lhe foi imputado o direito de dar aulas, não gosta de estar na sala de leitura. Informou que foi avaliado pela pedagoga da escola e a mesma concluiu que o servidor não apresenta segurança para dar aula, mostra-se confuso para explicar. Verbalizou que acredita ser cômodo para a escola que ele fique na sala de leitura, por conta dos contratos administrativos para professor. Informou que entraria com processo judicial contra a escola.

Conflitos com os colegas:

Relatou que ocorreu na escola uma briga com um determinado professor e um aluno, onde o professor furou o aluno com a caneta. A professora disse que foi conversar com o colega de trabalho sobre o caso, perguntar o que havia acontecido e o professor foi agressivo, dizendo que a mesma estava protegendo o aluno. Criou-se um clima de desconfiança e hostilidade com a professora na escola, os colegas de trabalho passaram a ignorá-la, falar indiretas, situação que está prejudicando a saúde mental da servidora. A mesma não consegue estudar, dar aulas, fica nervosa, triste, chora bastante, sem apetite, insônia, perda de peso, queda de cabelo, ansiedade, tremor no corpo e nas mãos. Informou que deseja sair da escola, pois não consegue conviver com a situação e a indiferença dos professores.

A servidora compareceu encaminhada pela junta médica com base no CID 10 F40.8, encontra-se em tratamento psicológico e psiquiátrico. Verbaliza que quando tomou posse na escola de [...] sofreu pressão psicológica por parte dos colegas, passou a ter medo de ser agredida pelos professores, não dormia e nem se alimentava direito, tinha pesadelos. O cardiologista a encaminhou para o psiquiatra e psicólogo, foi para a junta médica e ficou afastada por 60 dias, tem medo de encontrar com os professores.

Decepção com a profissão:

Foi exonerado sem justificativa considerável. Este fato o deixou transtornado e muito decepcionado com sua profissão. Verbaliza que tal situação o retraiu em sua

profissão. Verbalizou que não queria ser professor, mas está fazendo o possível para se especializar cada vez mais.

Desgaste moral e perda de autoridade moral do professor:

Servidora verbalizou que, alguns dias antes do fato, na escola estava sendo motivo de piada com os alunos, com a divulgação de um suposto filme (vídeo) íntimo da professora. Algum aluno escreveu na folha de frequência "professora fudona" [...]. A servidora não consegue dormir, nem se alimentar, corpo trêmulo, constrangimento perante a comunidade.

Está no EJA e verbalizou estar sentindo dificuldade no relacionamento com os jovens, pois está tentando impor respeito, disciplina e tem receio de se indispor.

Falta de prestígio:

Problemas no trabalho; vem se sentindo muito constrangida e desrespeitada; foi denunciada ao conselho tutelar por maltrato aos alunos; medo das atitudes de certos pais; assustada; nervosa e em pânico; frustrada e incompetente; problemas familiares; desprestigiada pelo corpo técnico da escola.

Apresentou-se emocionalmente desequilibrado, em virtude de ter sido afastado da escola, onde exercia a função de professor de crianças da 2ª série do ensino fundamental [crianças de 8 a 10 anos] o motivo do afastamento se deu devido a utilizar de uma câmera digital para gravar os alunos resolvendo questões na lousa com a finalidade de estimulá-los, dar presentes aos alunos pelo simples prazer de agradá-los, bem como, por uma mãe reclamar de sua postura ao diretor com relação à sua filha. Conforme o servidor, ele só brincou com a menina dizendo que "o bicho papão ia comê-la". O servidor acredita que o diretor e os outros professores não gostam dele e que por isso tem mania de perseguição.

Conflitos e separação conjugal e problemas financeiros:

Procurou atendimento por apresentar problemas conjugais e estresse no trabalho. Preocupa-se com as dores musculares, coração e pressão alta. Separou há pouco tempo da esposa, situação que o deixou bastante triste em função da separação dos filhos. Envolveu-se com outra pessoa e descobriu que sua atual namorada está grávida, relata que não tem condições de reestruturar uma nova família. Atualmente mora com a mãe está com dificuldades financeiras, com empréstimos e pensão alimentícia. Sente-se preocupado, angustiado e pressionado com a vida que está levando, busca equilíbrio emocional e organização para sua vida.

Problemas no relacionamento amoroso por ciúmes por parte do servidor, perde o controle; problemas financeiros; estresse no trabalho e em casa.

Crise conjugal, separação, sente-se culpado em não superar os problemas conjugais em detrimento do filho; Passou a beber com mais intensidade e mais frequência; insônia, sente-se sozinho, angustiado, triste e chora constantemente, sente saudade do filho;

Apresentou-se tímida, permaneceu um tempo calada e chorosa. Relatou [...] sempre apresenta insônia, choro frequente, isolamento social, crise agressiva, autopunição [cortou-se com material pontiagudo e batia a cabeça fortemente na parede] perda de peso [7 quilos]. Verbaliza que seu comportamento mudou após seu relacionamento de cinco anos, não aceitava o término do relacionamento amava sua companheira, mas ela tinha outro relacionamento [sic]. [...]. Referiu que pensou duas vezes em suicídio. Relatou que em decorrência da separação não tinha vontade de trabalhar, faltando ao trabalho acumulando faltas nos meses de março e abril deste ano.

Dependência química (álcool e outras substâncias):

Relatou que se envolveu com entorpecente, teve intervenção de sua família que o levou para outro [estado] para o tratamento e ficou internado em uma clínica de recuperação, após dois meses retornou para Macapá. Relata que o período que passou [fora] teve que abandonar o trabalho na escola e por esse motivo sofreu um processo administrativo, o mesmo está com toda a documentação de seu tratamento. [...] quando retornou para Macapá, foi encaminhado para a sala de aula sem condições psicológicas para lecionar [...].

Foi encaminhado para o atendimento por fazer uso de álcool, foi encaminhado para o CAPS. Tornou-se negligente, abandonou a turma várias vezes, deixando-os sem aula, os alunos e pais procuraram a escola para reclamar da atitude do professor que chegava em sala de aula exalando o cheiro da bebida alcoólica, não compareceu mais na escola deixando os alunos prejudicados e os pais cobrando soluções.

Informou que desde os treze anos de idade faz uso de álcool, a partir dos 15 faz uso de drogas [maconha] [...]. É servidor público desde 2005, mas não recebe seus vencimentos desde agosto de 2010, informou que o juiz que o julgou pediu demissão do servidor por responder aos processos. O servidor entrou em liminar, solicitando o direito de assumir o cargo de professor, tendo em vista que os processos que respondeu foram antes de se tornar servidor público.

O servidor indígena compareceu ao atendimento, relatou que está em casa desde o mês de novembro de 2012 para tratamento de saúde, relata que está fazendo acompanhamento psiquiátrico e psicológico. Relata que faz uso abusivo do álcool, refere ouvir vozes mandando suicidar-se, refere choro frequente. Está preocupado com seu trabalho na aldeia indígena.

Compareceu ao atendimento por demanda espontânea, foi orientado que procurasse um médico psiquiatra e o mesmo foi encaminhado ao CAPS onde é melhor para atender o tipo de transtorno que o comete e que deveria passar pela Junta Médica para que desse início ao seu tratamento; estava visivelmente embriagado, descomposto e com ideação suicida, foi realizado o acolhimento e solicitado que o mesmo retornasse sóbrio para o atendimento psicoterápico. Queixa-se de uso de álcool e maconha, falta de apetite, diarreia, tremor nas mãos, dor na cabeça, medo súbito, sudorese.

Outras situações:

É servidora contratada cerca de oito anos (não é efetiva). Apresentou-se muito fragilizada e chorosa. [...] grávida de três meses e perdeu o filho; [...] estava casada há um ano quando o esposo faleceu; [...] repentinamente, fala que é culpada por não estar presente nos momentos de sofrimento do esposo, por estar trabalhando e não ter noção do verdadeiro caso de saúde do esposo. A genitora se encontra doente, com problemas cardíacos, a irmã teve um filho recentemente e a servidora não quer compartilhar sua tristeza com o momento feliz da irmã. [...] está procurando se isolar do mundo; se vê sem perspectiva do futuro e sem forças para continuar vivendo. Está preocupada com sua situação financeira, pois relata ter ficado com muitas dívidas e sua situação incerta, devido ser contrato.

Apresentou-se chorosa, cabisbaixa, permanecendo em silêncio por alguns segundos. Relatou que em agosto do ano passado seu esposo foi assassinado cruelmente no município onde era taxista, a servidora não superou a perda do esposo, tudo o que vê e ouve lembra o marido. Relatou que tem pensamentos suicidas, mas a filha de sete anos de idade precisa dela, está viva pela filha, que é seu porto seguro, conforta sua

vida. Queixa-se de sono irregular, falta de apetite, perda de peso, não quer falar com ninguém, lapso de memória.

Fortes dores na cabeça, faz acompanhamento neurológico [CID G-44.2]; reação depressiva secundária a patologia neurológica; pensamentos suicidas; insônia; para dormir tem que fazer uso de medicação, o que o deixa preocupado e deprimido; não consegue lecionar, manter a concentração em função da doença; portador de cefaleia crônica; procurou o Psicossocial por estar com humor deprimido e pensamento de morte.

Ambiente de trabalho (SOME):

A servidora verbaliza trabalhava no município de Porto Grande. É professora das séries iniciais. [...]. Em sua escola atual foi alertada pela direção que tomasse cuidado com as cobras e desde então entrou em pânico com a expectativa de "dar de cara com uma cobra", tanto que chegou a alucinar crendo ver cobras no ambiente escolar ou em sua residência. Outro fato que a incomoda é o transporte escolar, o qual passa próximo a rios e a servidora não sabendo nadar, entra em pânico, mais uma vez, por medo de se afogar. Queixa-se de insônia, choro frequente, tremor, suor frio e alucinações. Verbalizou que gosta muito do seu trabalho e quer se recuperar para desenvolver suas atividades com tranquilidade.

Chorosa; constrangida, indignada e insatisfeita por problemas no ambiente de trabalho; desespero; insônia; alimenta-se demasiadamente, preocupa-se porque é obesa; psoríase; passou por incompreensão e destrato.

Trabalha na aldeia indígena desde 2004, está tendo dificuldades em ministrar aulas, não consegue concentrar-se. Diz que com a separação do companheiro há 2 meses, ficou bastante abalada, verbalizou que o casamento de quatro anos não vinha dando certo, muitas agressões verbais e físicas, que o casamento foi uma experiência difícil, trouxe traumas e sofrimentos, "Suportei tanta coisa, poderia não ter aceitado". Tem insônia, ansiedade e angústia. [...]. Está irritada, gosta de dar aulas, mas atualmente sente dificuldades de conviver com os alunos, diz que precisa ter paciência porque os índios são delicados e a comunidade faz muitas cobranças. Verbalizou que gostaria de "paz", esquecer as dívidas financeiras.

Grande parte dos relatos das queixas clínicas capturadas pelo dispositivo psicossocial - Casa do Professor refere-se às alterações dos estados orgânicos, emocionais e comportamentais dos docentes, confirmando, assim, a noção de que qualquer prejuízo às atividades normais é considerado um estado doentio que pode ser percebido por sensações desagradáveis: cansaço, fraqueza, dor, mal-estar, insônia, falta de apetite, etc., ou seja, apreendidos como sintomas ou sinais de adoecimento. Nesse contexto, as queixas exprimem e anunciam uma pluralidade de fatores desencadeantes do sofrimento e adoecimento nesses profissionais.

Os docentes mencionam sofrimentos relacionados ao trabalho e outras ocorrências cotidianas relacionadas à vida, às perdas, a conflitos familiares e às experiências de sofrimento e de adoecimento psicológico, relacionadas ao desgaste no ambiente escolar. Constatei, assim, que a dor psíquica está presente em muitos relatos e parece estar associada à

tristeza e ao sofrimento intenso que se mesclam e se interconectam com tantas outras prováveis circunstâncias existenciais e sociais. Ferreira (1994, p. 105) afirma que “a dor é uma resposta biológica universal e individual a estímulos nocivos oriundos de dentro do corpo ou fora dele”, porém, não exclui que sua percepção, tolerância e o relato podem variar conforme o grupo social e sofrer influência de vários elementos, entre os quais

a vivência cultural do doente, o seu repertório linguístico, o seu domínio (ou não) de termos médicos, as suas crenças e representações sobre a doença, as suas experiências individuais em geral. E suas experiências e sua memória específica quanto à sensação de dor (FERREIRA, 1994, p. 111).

Dessa maneira, os relatos de queixas — e de dores físicas e psíquicas — expressam também subjetividades; experiências; sensações; histórias de pessoas; de sujeitos reais; de professores e professoras que se esforçam e labutam no dia a dia movidos pelo ideal de construir uma sociedade melhor e se sentem “aprisionados” e “enclausurados”, “dentro” e “fora” pelos transtornos mentais, gerados não apenas por idiossincrasias subjetivas, mas principalmente ligados às condições socioestruturais do trabalho docente, conforme relata a professora Isabela:

Eu tenho adoecido bastante. Eu tenho adoecido muito [...]. Eu tomo remédio controlado há três anos. Tenho problemas de sinusite e rinite alérgica. Faço tratamento constante. Tenho problemas no intestino. O organismo sofre de alguma forma com essa depressão, até porque eu negligencio alguns aspectos saudáveis da vida. Eu percebo. Eu tenho consciência de que negligencio alguns aspectos que eu deveria trabalhar, como a boa alimentação, uma atividade física. Eu sou sedentária, eu não tenho ânimo para fazer uma atividade física. Já tenho negligenciado até o meu filho. Fui chamada pelo pediatra dele, pela pedagoga, porque ele está seguindo o meu ritmo [Trecho de entrevista, concedida em concedida em 27 mar. 2014].

A professora fala sobre a sua experiência de adoecimento, afirmando ter consciência do que deveria fazer atividade física, porém, declara não ter forças porque sofre de depressão, que “a imobiliza para as ações do cotidiano”.

Segundo Kehl (2009, p. 15), “a pessoa depressiva paga o preço da impotência, do abatimento e da inapetência para os desafios que a vida virá lhe apresentar”. No levantamento realizado, constante na Tabela 25 (tipos de adoecimentos), a depressão é o diagnóstico mais representativo em relação aos demais transtornos psicológicos, com 246 casos, correspondendo a 23,4% do total de 822 histórias clínicas investigadas.

Sobre a depressão, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) apresenta números alarmantes. Em um estudo recente, realizado em 2013, a depressão é considerada a quarta

principal causa de incapacitação para o trabalho em todo o mundo, e, de acordo com estimativas dessa instituição, em 2030 a depressão será o “mal” mais prevalente do Planeta, à frente de câncer e de outras doenças. Ainda segundo esses estudos, o Brasil é o país em desenvolvimento com maior número de pessoas que sofrem de depressão, em que 18,4% da população sofreu, ao menos, um episódio de depressão durante a vida.

O Amapá, além dos índices altos de depressão, apresenta números elevados de casos de suicídios consumados e tentados. Estudos realizados em 2004, pelo Ministério da Saúde, apontavam a capital, Macapá, campeã em termos proporcionais, em relação às outras capitais brasileiras (BRASIL, 2004).

Atualmente, o fenômeno do suicídio é preocupante, no Amapá, devido às recorrentes práticas e tentativas, principalmente na capital. Além dos frequentes casos de efetivação de suicídio anunciados pela mídia local, foi possível averiguar, nas anotações dos prontuários, registros de muitos relatos de desejo suicida, de tentativas e casos concretizados, na história familiar dos docentes. Sobre o suicídio no Amapá foram realizados dois estudos: uma dissertação (SMITH, 2007) e uma tese (BRANDÃO, 2015) que investigaram e analisaram essa problemática no Estado.

Entre as entrevistas realizadas, escutei professores e professoras que atuavam no sistema regular de ensino (Fundamental e Médio), da educação especial, da EJA e do Modular (SOME e SOMEI). Estes trabalhadores participaram da pesquisa, dividindo experiências, trajetórias, motivações, alegrias, dores, dificuldades e frustrações vividas no percurso de suas carreiras e, principalmente, suas histórias de adoecimento e sofrimento mental, associadas ao trabalho.

Neste capítulo apresentei o levantamento de dados elaborados a partir da consulta dos prontuários clínicos dos docentes, na tentativa de mostrar quem são esses professores e professoras que se dirigem a esse dispositivo de atenção psicossocial, como forma de aliviar as diversas manifestações de sofrimento e de adoecimento, principalmente o correspondente ao meu objeto de estudo: o sofrimento psíquico.

No próximo capítulo, prossigo discutindo o *pathos* docente, apresentado por meio das trajetórias docentes e das histórias de adoecimento.

TERCEIRA PARTE: O *PATHOS* DOCENTE EM NARRATIVAS

Parte central desta Tese. Aqui apresento as narrativas das trajetórias docentes e das histórias de adoecimento, bem como as subjetividades docentes, verbalizações do cotidiano escolar, queixas, relatos sobre as condições e contradições do trabalho docente; abordo também a experiência de trabalho dos professores e professoras do Modular, visando fazer uma apresentação dos modos de vida desses educadores. Do conjunto da pesquisa foram selecionados eixos temáticos concernentes às vivências docentes e suas realidades de trabalho, que procuro analisar no corpo desse terceiro bloco da Tese e, no último capítulo, apresento parte da minha experiência no estágio doutoral em Trento-Itália. Faço uma breve comparação sobre o trabalho docente nestas distintas realidades mais em alguns aspectos próximas e discuto a problemática do trabalho docente precário, vivenciadas pelos professores italianos.

6 O *PATHOS* DOCENTE NAS HISTÓRIAS EM NARRATIVAS: AS RELAÇÕES ENTRE SAÚDE, SUBJETIVIDADES DOCENTES E ESCOLA

“Debruçar-se sobre um discurso exige um tipo de afinidade, de disponibilidade, de acolhimento daquele discurso, frente ao qual se poderá acrescentar algo, conectar-se com ele, amplificar suas ressonâncias, remover a ‘opacidade’ de fragmentos de uma história singular, de seus itinerários” (PAIVA, 2007, p.101).

“Compreender o vivido do sofrimento psíquico, do ponto de vista do sujeito, supõe a adoção de uma perspectiva que contemple a identificação de certos componentes de sua experiência singular, bem como da forma com que traduz seus afetos, suas emoções e seu sofrimento” (DANTAS, 2012, p. 75).

“O sofrimento e a dor são os educadores do gênero humano à medida que atribuem valor ao que é vivido” (MAFFESOLI, 2003, p. 41).

6.1 Rastreado os vínculos entre trabalho docente e adoecimento psíquico

Neste capítulo, prossigo com algumas indagações apresentadas, em capítulos anteriores quem são esses professores? De que modo eles revelam o seu mal-estar e associam essas formas de desassossego psicológico ao trabalho docente? Apresento ainda, como perguntas fundamentais, as seguintes questões: de que e por que padecem as subjetividades docentes? O que caracteriza esse *pathos* docente? Como as narrativas e histórias aqui apresentadas evocam o sentimento de lidar com a doença? Como identificar possíveis conexões entre narrativas de trajetórias docentes, trabalho e adoecimento, considerando-se a complexidade e as múltiplas dimensões do sofrimento e adoecimento psíquico?

Nesse momento de elaboração escrita e analítica deste estudo, além dessas questões anunciadas, o meu desafio é: como manejar e lidar sociologicamente com o material das entrevistas? Como interpretar sociologicamente essas histórias de adoecimento? E ressalto o que é dito por Paiva (2007, p.113): “sendo assim tão embaralhadas, as trajetórias do fazer, do ver, do dizer e do escrever na confecção dessas narrativas [...]” de percursos de trabalho e de adoecimento de subjetividades docentes assinaladas pelo sofrimento psíquico. Essas reflexões preliminares me remetem ao que Dantas fala sobre o sofrimento:

O sofrimento, a dor de viver, nos remete a um estado de suspensão, de insuficiência no agir, de diminuição da atividade, reveladora de uma ausência de significado para a existência, de uma ilusão que nos sustente e nos dê sentido para continuar. O sofrimento deixa entrever o vazio que nos atinge e que buscamos desesperadamente evitar. Por isso, o sofrimento designa uma tensão interna que demanda uma resolução (DANTAS, 2012, pp. 66-67).

Assim, para me aproximar desse eixo analítico — “o sofrimento psíquico de professores no Amapá” — e com o esforço de ensaiar respostas a questionamentos

anunciados, apresento, aqui, um mosaico de histórias, trajetórias, experiências, relatos de queixas, percepções; de “retratos” individuais de professores e professoras que fazem acompanhamento psicossocial na Casa do Professor, com o objetivo de acessar suas representações, valores, conteúdos, sentidos, subjetividades, queixas, tipos de adoecimento e sofrimento; e conhecer as práticas desenvolvidas para a “cura” e a “reinserção” dos docentes na sala de aula, buscando entender o modo com que eles desenvolvem suas estratégias e táticas⁹⁰ (CERTEAU, 2005) e lidam com as adversidades cotidianas, dificuldades associadas à doença, ao diagnóstico, ao poder do gestor escolar. Para tanto, neste capítulo apresento oito trajetórias docentes, tendo o cuidado de preservar a identidade dos entrevistados.

Trabalhar com as trajetórias docentes foi um desafio pessoal e de grande valor para o meu aprendizado. François Dosse (2009, p. 11) afirma: “escrever a vida é um horizonte inacessível, que, no entanto, sempre estimula o desejo de narrar e compreender”. Nesse sentido, fiz um esforço para sintetizar as narrativas e ao mesmo tempo não esvaziá-las de seus sentidos, contextos e riquezas subjetivas, lembrando-me da recomendação desse mesmo autor quando diz: “o biógrafo deve saber manter o justo meio-termo. Procedimento difícil porque os arroubos passionais e as tomadas de distância objetivantes são tão necessários à sua pesquisa quanto o cuidado de preservar-se tal qual é” (pp.14-15).

No entendimento de Dosse (2009), o trabalho com narrativas biográficas é um “labor beneditino”, “uma aventura apaixonante”, que ajuda o pesquisador a desvendar o sentido das falas dos seus interlocutores, nutre a sua força e acaba “nos possuindo”. Esse autor, do mesmo modo que Sahlins (2007), também me auxiliou a entender como o estudo de material biográfico pode iluminar a compreensão de trajetórias individuais e como estas permitem que se entendam as experiências e a ordem cultural.

Dosse (2009, p. 212) complementa a ideia, dizendo que “a abordagem biográfica oferece a vantagem de um acesso ao sistema de subjetivação das normas institucionais e permite só resgatar a dinâmica em jogo [...] tornando possível, porquanto, observável, o acesso de interações simbolicamente meatizadas”. O autor defende ainda que a pesquisa biográfica pode ser comparada a um mosaico, no qual nada é insignificante, ao contrário,

⁹⁰ Michel de Certeau (2005) faz uma clara distinção entre estratégias e táticas. Ele define estratégia como “o cálculo (ou a manipulação) das relações de forças que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma expressa, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado. A estratégia postula um lugar suscetível de ser circunscrito, como algo próprio e ser base de onde se podem gerir as relações com uma exterioridade de alvo e ameaças (os clientes, ou os concorrentes, os inimigos, etc.)”. Já, a tática para Certeau “é a ação calculada que é determinada pela ausência de um próprio. A tática não tem por lugar senão se não o do outro. E por isso deve jogar com que lhe é imposto tal como organiza a lei de uma força estranha” (IDEM, pp. 99-100).

essa pluralização do corpo social em indivíduos singulares e isolados, que inclusive a si mesmos se fragmentam, de forma alguma recusa a abordagem sociológica, ao contrário, adota-a e enriquece-a com grandiosidade do continente biográfico com sua variedade de percursos individuais. Cumpre, pois, realizar a objetivação da subjetividade e a subjetivação da objetividade (DOSSE, 2009, p. 212).

Sendo assim, as histórias narradas foram resumidas, porém, sem alteração das expressões pronunciadas pelos professores, a fim de não ocultar suas idiossincrasias, características e sentimentos particulares expressos nas narrativas atinentes às suas experiências objetivas de docência e particularidades subjetivas contidas em suas histórias de sofrimento e/ou adoecimento, com o intuito de tentar compreender a expressão *páthica* associada ao trabalho docente.

Dessa maneira, antes de apresentar as histórias e suas múltiplas dimensões, discuto brevemente a noção de *pathos* como uma dimensão do humano e do ser em sofrimento para melhor apreensão desse conceito, enquanto sofrimento e adoecimento relacionados ao trabalho docente, na concepção de Vergely (2000, p. 162): “o sofrimento é um fenômeno humano, e, além disso, um fenômeno vivo. Em resumo: um fenômeno humano vivo”.

Logo, captar e analisar o sofrimento psíquico, através de experiências e trajetórias docentes e de relatos de adoecimento, e também com seus diferentes jeitos de expressão, parece-me “um empreendimento difícil ou ilusório”, pois, como considera Dantas (2012, p. 29),

[...] parece haver na noção de sofrimento uma ambiguidade de uso, em função de sua característica eclética e polissêmica, que revela a complexidade oriunda das diversas tradições culturais de interpretação e simbolização que se faz sobre o humano e a vida interrompida.

Carneiro (2004) considera que saber lidar com o sofrimento psíquico na contemporaneidade requer recriação na maneira de escutá-lo, pois, permanecer preso às configurações rígidas e pré-estabelecidas da estrutura psíquica esvazia a escuta clínica e não acompanha a dinamicidade das formas com que os sintomas se manifestam:

Escutas pautadas exclusivamente sob os auspícios da estrutura psíquica merecem hoje uma grande reavaliação, na medida em que não respondem às metamorfoses típicas da noção de sintoma que estamos assistindo no cotidiano, no concernente as novas formas de manifestação do sofrimento psíquico. Assim, a posição do analista deverá acompanhar dinamicamente o *pré-posicionamento* que o paciente ocupa com referência ao objeto, sem que com isso possa implicar em um esvaziamento do seu lugar (CARNEIRO, 2004, p. 279).

Esse autor ressalta que, além dessa dinamicidade, o clínico deve atentar para o desafio de saber escutar o que ele nomeia de “grandes sintomas” emergentes na contemporaneidade, entre os quais “a toxicomania, a anorexia, a TPM, a depressão”, dado que estes “extrapolam os limites da escuta clínica das estruturas e nos convocam a pensar sobre uma outra forma de clinicar” (CARNEIRO, 2004, p. 279).

Carneiro chama a atenção para a importância de instituir “uma escuta que indique principalmente um sofrimento do sujeito frente aos objetos que são convocados por meio do seu desejo”. Para isso é necessário “perceber, ocupar e suportar o lugar indicado pelo sujeito em sofrimento” permitindo-lhe a mudança de “posição de paciente como um sujeito ao sofrimento”. Logo, é fundamental o manejo clínico, no ato da escuta, realizado pelo profissional especializado:

É algo factível para aqueles que ocupam e suportam o lugar que o paciente o indica. Não é que o analista possua o dom de amar, pois há muitos em condição de abandonados pelo seu objeto de amor idealizado. Na clínica, ele há de suportar e até reinventar esta posição de amante que lhe é atribuída, exatamente para permitir uma passagem do Sofrimento à construção de uma posição do paciente como um *sujeito ao sofrimento*. Em outras palavras, queremos assinalar que a verdade do sofrimento no cotidiano reside na esfera do amor e a diferença da permanência do paciente na verdade do sintoma ou na abertura à verdade do sujeito, depende do manejo que o analista dá a esta peça fundamental no processo psicanalítico. Isto é importante para uma análise do sofrimento psíquico gerado no cotidiano e na permanência do paciente que hoje nos procura na clínica psicanalítica. (CARNEIRO, 2004, p. 280).

Ainda na concepção de Carneiro (2004, p. 280), essa escuta sensível é importante porque “o sofrimento psíquico que hoje nos chega à clínica denota o fracasso de um ideal de realização que passa diretamente pelo viés da estética.” Em relação às dimensões do sofrimento psíquico no acolhimento, Dantas (2012, p. 75) acrescenta que:

o sofrimento psíquico induz ao trabalho de apropriação subjetiva de um evento ainda desconhecido pelo sujeito, cujo sentido é uma maneira de reconhecimento da existência de sua vida psíquica. Isto é, uma forma de não reduzir a pessoa à dimensão de um corpo que sofre, lhe conferindo o estatuto de sujeito. Nesse sentido, o afeto é o que confere uma colaboração sensível à vida psíquica, manifestando sua ligação com o corpo. O reconhecimento da íntima relação entre o somático e o psíquico indica a qualidade da experiência da dor e a do vivido do sofrimento.

Para além da sensibilidade atenta e inventiva na apreensão do sofrimento na escuta clínica sugerida pelos autores, Dantas (2012, p. 29) ainda adverte sobre a compreensão da noção de sofrimento, para a sua natureza polimorfa, porque esta “designa um vivido ‘singular’ que pode caracterizar a própria condição humana, revelando a diversidade de situações e de sensações que a noção abarca”. Ainda sob essa perspectiva deve-se levar em consideração seu

caráter insubstituível, no sentido de ser único, de sua aparente incomunicabilidade, isto por que

o sofrimento pode lançar o indivíduo na solidão, de vez que parece não haver motivos para falar, pois toda comunicação parece imprópria para expressar algo sofre o sofrimento. Assim, o sofrimento parece pertencer ao domínio do indizível, do inominável e do incomunicável, de vez que o sofrimento parece ser uma realidade difícil de pensar, porque nos remete à fragilidade e à vulnerabilidade do ser diante de uma ou outra dimensão: corporal, emotiva, relacional, espiritual ou social (DANTAS, 2012, p. 66).

Realizadas essas considerações sobre a noção de sofrimento, de acordo com Carneiro (2004) e Dantas (2012), faço, inicialmente, uma breve exposição sobre o conceito de *pathos* e breves reflexões sobre o homem enquanto um ser *páthico* para adentrar nas histórias de sofrimento dos meus interlocutores. Referente a essa noção, Martins (2016) faz um estudo sobre as diferentes origens etimológicas, significações e ressignificações do termo *pathos* ao longo do tempo.

Martins (2016) assinala que a noção de *pathos* está associada à própria essência da natureza humana e não somente à doença. Assim, o “*pathos* seria compreendido como uma disposição (*Stimmung*) originária do sujeito que está na base do que é próprio do humano” (p. 66). O autor se empenha em demonstrar os diversos sentidos do conceito de *pathos*, ao dizer que o

[...] conceito de *pathos* traz consigo possibilidades e problemas mais amplos que o sentido de doença, não fazendo parte de um só campo de estudos como a palavra “patologia” indica. Investigando-se com mais cuidado percebe-se que se trata de uma dimensão essencial humana. O *pathos* seria compreendido como uma disposição (*Stimmung*) originária do sujeito que está na base do que é próprio do humano. Assim, o *pathos* atravessa toda e qualquer dimensão humana, permeando todo o universo do ser (IDEM, p. 66).

Martins sugere, inicialmente, que o termo *pathos* assumiu o sentido de enfermidade e, posteriormente, passou a ser considerado uma disposição fundamental do ser humano, a partir de Heidegger, em *Conferências e escritos filosóficos* (1955). Para Martins, o filósofo Heidegger foi o pensador que melhor esclareceu o que seria o *pathos*, retomando o conceito como parte da dimensão filosófica do homem (MARTINS, 2016, pp. 66-67).

E o autor acrescenta que “*pathos* é essencialmente dis-posição fundamental”, e a “ideia de sentimento, afecção, sofrimento, mal, nada ou pouco se encontra ligada ao conceito originário de *pathos*” (MARTINS, 2016, p. 67). O autor indica que essa noção possui um sentido mais amplo: “[*pathos*] se espalha na cotidianidade cultural em setores mais amplos que o da doença entendida de forma restrita”. Ainda segundo a opinião desse autor, Heidegger

indica que “*pathos* remonta a *páskhein*, [que significa] sofrer, aguentar, suportar, tolerar, deixar-se levar por, deixar-se convocar por” (MARTINS, 2016, p. 68).

Nesse sentido, para esse autor, o *pathos* contém essa possibilidade de perda de harmonia na evolução e nos destinos diferentes dos seres humanos, especialmente dos denominados doentes mentais, mas também contém as formas mais *sublimadas* de existência. Dessa forma, possibilita uma rearticulação essencial para a psicopatologia moderna (MARTINS, 2016, p. 69), e, sendo assim,

o *pathos* diz respeito não somente às alterações e aberrações desequilibrantes da harmonia do sujeito. Ele está presente na cotidianidade cultural e nas formas de existência mais exemplares e caras da história da humanidade (MARTINS, 2016, p.70).

A noção de *pathos*, compreendida como uma dimensão do humano, direciona-me a Nunes e Pelizzoli (2011, p. 33) quando, ao citarem Gadamer (2008, p. 363), asseguram que esse autor faz com que se pense sobre

os limites, a finitude e a dor de perceber que o ser é impotente diante da vida [...] em um instante somos vontade de potência, temos nossa vida nas mãos, donos de nosso destino, donos da verdade, e, de repente, tudo muda, como uma brincadeira da existência, aparece a dor, a rejeição, a doença, a invalidez ou a morte – finitude suprema.

Com efeito, na perspectiva de Martins (2016, p. 75), o homem é um animal *páthico*: “tudo o que possa ser descrito como sendo *pathos* pertence ao ser humano, sendo o adoecer uma das possibilidades de destino possível deste mesmo Ser”. Dessa forma, o autor adverte: “os limites do *patho-lógico* devem ser estendidos para além dos conceitos tradicionais, da medicina objetiva atual, que delimitam a noção de patológico”. O autor ainda observa e enfatiza que essa

[...] não é a vocação das ciências positivas. Também a oposição entre objetivismo e subjetivismo é ultrapassada, porquanto não permite uma articulação mais frutuosa. Assim o desafio é reavivar esta inter-relação, qualificando a questão do sujeito, em virtude do seu esquecimento. O homem é, no sentido pleno da palavra, suscetível de *pathos*, na medida em que este determina sua existência. É também do *pathos* que ela é colocada em provação com relação aos seus sucessos e fracassos parciais, ensinando-nos o que é verdadeiramente o solo comum e possível no qual o sujeito se move para construir a sua humanidade (MARTINS, 2016, pp. 78-79).

Esse autor ressalta a dificuldade e a necessidade de as ciências médicas positivas superarem o dualismo entre objetivismo e subjetivismo para melhor compreenderem a

natureza humana e sua capacidade de agência, enquanto ser social ativo, para a construção da própria existência.

Tendo realizado essa breve discussão sobre a noção de *pathos*, sigo discorrendo sobre o uso de narrativas como forma possível de acessar essa dimensão humana.

6.2 As narrativas biográficas e a dimensão *páthica* dos docentes

As narrativas biográficas são utilizadas nesta Tese com o objetivo de “apreender” a dimensão *páthica* do ser professor da rede estadual do Amapá, a partir de suas experiências docentes, das queixas, dos diagnósticos, das relações intersubjetivas de trabalho (alunos, pares e gestores) e da dinâmica do sofrimento e do adoecimento psíquico relacionando-a às condições estruturais de trabalho.

Assim, esforço-me para arriscar responder a seguinte indagação: de que modo o sofrimento e o adoecimento psíquico são expressos por intermédio das narrativas docentes? De que modo o uso de narrativas pode ajudar a compreender as subjetividades desses professores e seus históricos profissionais associados ao adoecimento?

Antes de apresentar as histórias de adoecimento faço menção à relevância do uso das narrativas na pesquisa social, conforme Ferrarotti (2013). Esse autor fala com eloquência sobre a pesquisa que opta pelos relatos biográficos e sobre o papel do pesquisador na coleta dessas vivências de seus interlocutores, dizendo que a entrevista para a obtenção de relatos autobiográficos não é um monólogo, mas uma prática humana em interação complexa, que envolve subjetividades. O autor deixa bem claro essa concepção em suas palavras:

os relatos biográficos não são monólogos proferidos perante um observador, reduzido à condição de suporte humano análogo ao de um gravador. Cada entrevista biográfica constitui uma interação complexa, um sistema de papeis, um sistema de expectativas, ordens, normas e valores implícitos, e, por vezes, também de sanções. Cada entrevista biográfica esconde tensões, conflitos e hierarquias de poder apelando ao carisma e ao poder social das instituições científicas no que se refere às classes subalternas e evocando a sua reação defensiva espontânea. Elas não contam as suas vidas e a sua *Erlebnisse* a um gravador, mas, sim, a um indivíduo. [...] O entrevistador nunca está ausente mesmo que simule essa ausência. Adota sempre uma atitude recíproca mesmo que, aparentemente, rejeite qualquer tipo de reciprocidade. (FERRAROTTI, 2013, p.59).

Assim, no entendimento de Ferrarotti, cada narrativa autobiográfica relata uma prática humana que envolve vidas, “[...] cada vida humana manifesta-se através dos seus aspectos menos generalizáveis como síntese vertical de uma história social” (2013, p. 57). São essas práticas que tento apresentar aqui, embora não tenha sido possível vencer o desafio para

analisar exaustivamente a profundidade dessas práticas, experiências e processos de subjetivações relacionados ao trabalho e ao adoecimento, de que tratam as histórias dos sujeitos.

Apresento as histórias e ao final destaco aspectos relevantes para posteriores inserções analíticas neste estudo. Procuro, nesta seção, seguir a orientação de Vasconcelos (2005, p.146), quando diz que “o pesquisador dá sua escuta à fala do sujeito”, e que “é num trabalho minucioso de escuta, busca em profundidade o que esse sujeito nem sabia que queria dizer, nem sabia que tinha algo a dizer, era só um sujeito caminhando pelo mundo das palavras sem se dar conta de que sua fala era formadora de sentido”. Foi nesse sentido que busquei ouvir as narrativas e histórias de adoecimentos dos sujeitos aqui apresentadas.

Ressalto que para discutir sofrimento psíquico dos docentes através de suas histórias de adoecimento atento para suas expressões de dor não somente restritas ao trabalho e às vivências no cotidiano do ambiente escolar, mas pensando a dor como uma questão mais ampla, isto é, não somente relacionada ao do homem com seu corpo e à sua individualidade, mas com o mundo social e cultural que o cerca, numa perspectiva mais geral, a partir das formulações de Le Breton (2013, p. 15), quando diz: “dor e sofrimento não se localizam apenas no corpo, mas na cidade em seu declínio que atravessa o espaço público e privado, afetando a arquitetura, a vida e a atividade ritual que lhe dá sentido”.

Portanto, saliento que não entendo o sofrimento e o adoecimento psíquico como fenômenos puramente subjetivos, mas que poderão ser produzidos por meio das condições estruturais, da ambiência relacional do trabalho e de tantos outros fatores. Isto porque cada vez mais os professores são submetidos a cobranças e exigências para um resultado exitoso, porém, sem os recursos necessários e em condições objetivas precárias, como evidenciam suas múltiplas e frequentes queixas.

Sahlins (2007, p. 313) fala sobre o “deslizamento de valores e da ação” do individual para o cultural, através da biografia do indivíduo. Sugere, assim, que a história individual, por exemplo, de um docente é capaz de revelar o coletivo social que este representa. Dosse (2009) discute a “biografia modal” como forma de dizer que essa biografia ajuda a deslocar o individual para social, isto é: que uma história particular não fala somente daquele sujeito, mas expressa também a realidade de outros, no mesmo contexto cultural.

Portanto, inspirada por esses autores e outros que discutem o uso de narrativas e trajetórias autobiográficas, entre os quais Kofes (2001); Bourdieu (2003); Lahire (2004); Bertaux (2010); Velho (1994) selecionei as histórias que pudessem representar não somente a

realidade particular do agente da história, mas também a realidade social do grupo de professores investigados.

6.3 As trajetórias, histórias de adoecimento e a revelação do *pathos* docente

“Estudar a dor e o sofrimento tanto quanto o prazer, [...], é ter em conta as elementos primeiros organizadores de um olhar social, em sua particularidade restritiva a um código histórico cultural singular e a sua universalidade conformadora de razões humanas, referentes a categorias de entendimento fundamentais para a organização da vida em comum” (MAURO KOURY, 2016, p. 82).

As trajetórias aqui selecionadas evocam e ressaltam dimensões particulares de alguns docentes que considero representativas para o entendimento do adoecimento de professores e da realidade do trabalho docente no Amapá. Dessa forma, acredito que essas histórias e relatos revelem não somente a realidade dos sujeitos entrevistados, mas também possam representar o coletivo docente como um todo, no contexto do Amapá. Isto pelo fato de essas histórias serem densas de relatos atinentes às condições e precariedades do trabalho docente tanto na capital quanto em localidades interioranas, e mostram o modo com que os professores enfrentam os desafios para a realização do labor.

Diante do denso material produzido mediante entrevistas e observações de campo sobre os múltiplos aspectos referidos pelos agentes na pesquisa, decidi trazer algumas das trajetórias docentes e histórias de adoecimento associadas às dimensões mais sensíveis do cotidiano escolar referidas pelos docentes e aferidas por mim, depois de repetidas leituras e análises do relevante material transcrito⁹¹.

Como estratégia de seleção do conjunto de trajetórias e histórias de adoecimento — produto da pesquisa — foram selecionadas as associadas às categorias temáticas mais recorrentes, identificadas nas análises do material produzido, dentre as quais constam:

- a) as frustrações com a profissão, a precarização da imagem profissional e a luta por reconhecimento;
- b) o cansaço do professor, a perda do gosto e do sentido de ser professor, o medo de ensinar e o pavor do retorno à sala de aula;
- c) a insuficiência de recursos e falta de apoio na prática docente e a ambiguidade entre os a idealização da profissão docente e as condições reais de trabalho;

⁹¹Cada entrevista durou aproximadamente 50 minutos. Algumas superaram esse tempo. Com a maior parte dos interlocutores realizei dois a três encontros, com o objetivo de explorar certas temáticas complementares. A transcrição de cada entrevista variou entre 15 e 30 páginas.

- d) a postura de negação *versus* reconhecimento da doença dos professores por parte da gestão escolar, as ameaças de devolução do docente adoecido a SEED e a doença vista como preguiça;
- e) a falta de reconhecimento e ausência de apoio no momento do adoecimento;
- f) o poder do diagnóstico na validação do adoecimento;
- g) o agenciamento do adoecimento na legitimação da identidade e direitos de “professor doente”;
- h) percepções sobre o adoecimento e sentimentos “do estar fora” da sala de aula;
- i) as salas ambientes como depósitos de professores “inúteis”, “doentes” e “descartáveis”.

Esclareço que, embora a intenção tenha sido trazer as histórias de adoecimentos específicas, relacionando-as às categorias temáticas identificadas, não foi possível particularizá-las porque as mesmas se mesclam e se misturam, podendo, assim, cada história contemplar mais de uma das dimensões temáticas identificadas.

6.3.1 História de Juliana: “vinte e dois anos perdidos” – frustração com a profissão docente e rejeição ao caos

“A primeira coisa é que desenvolveu a psoríase, porque ela é uma doença ligada ao estresse”.

“Não sinto vontade de ir para a sala de aula, e falar, pra mim, em sala de aula era uma coisa impossível”.

Juliana, 40 anos, solteira, graduada em Letras pela Universidade Federal do Amapá. É professora efetiva do GEA há 22 anos, trabalha com o ensino fundamental nos anos iniciais. Natural do Pará, mora em Macapá há 25 anos. Veio para o Amapá para estudar, “pensando no futuro”: Faz acompanhamento psicológico na Casa do Professor com o diagnóstico de depressão, psoríase e hipertensão associada ao estresse:

Eu vim para estudar no antigo IETA né? Morar com uma irmã e, inicialmente, era a única pessoa que eu conhecia aqui e depois eu continuo morando com ela até hoje, mas toda a minha família que estava em Belém né? É proveniente de “uma família de professores” [...]. “Nós somos seis irmãos, todos eles vieram pra cá depois e eu vim mesmo por essa questão de oportunidade, né? Oportunidade de emprego, de me formar e tudo mais. Então eu influenciada também, eu acho que eu não me vejo em outra profissão.

História familiar: Juliana relata que sua mãe era doméstica e seu pai era marítimo (ambos falecidos). “Então nós éramos uma família pobre, né?” Considera a sua irmã mais velha sua segunda mãe porque foi morar com ela, em Macapá, quando tinha quinze anos, “então eu considero o meu cunhado e a minha irmã como os meus pais né?” Ressalta que seu cunhado é advogado, e a irmã, professora. Enfatiza que sua irmã já era professora, no Pará, antes de ir morar em Amapá. E mesmo sendo perceptível o sofrimento da irmã na função de professora, Juliana foi influenciada por ela para se tornar professora:

Eu via todo o sofrimento do que é ser professor na cidade grande, né? E assim, ela me influenciou muito, eu vendo o jeito dela dá aula e as coisas que ela fazia então me encantou mesmo, mas nós éramos uma família pobre mesmo, hoje, graças a Deus todos nós somos funcionários públicos, não somos ricos, mas não temos a mesma situação que nós tínhamos antes.

Juliana encerrou essa fala comentando sobre a história de superação socioeconômica da família.

Juliana dedicou sua **trajetória docente** praticamente a uma única escola. Dos 22 anos de docência no GEA, há 18 anos desempenha suas funções de magistério na mesma escola; trabalhou nos primeiros oito anos, com alfabetização, e após a conclusão da graduação em Letras passou a trabalhar com Língua Portuguesa até o início de 2014, quando foi afastada da sala de aula por problemas de saúde. Juliana conta que nunca trabalhou fora da docência, pois, ao terminar o curso de magistério, em sequência fez o concurso, passou, e em seguida foi chamada:

Bom, quando eu terminei o ensino médio, né? Que no caso era o magistério, eu terminei em dezembro, em janeiro fiz o concurso e em abril já estava assumindo. Então eu tinha 18 anos, eu nunca tinha trabalhado fora na vida, eu só estudava, então a minha primeira experiência.

A escola onde atuava, até o momento da entrevista, é considerada pela professora “uma extensão” de sua casa, pois mora nas proximidades da escola e lhe é muito dedicada. Juliana considera sua experiência inicial nessa instituição muito desafiadora, “uma prova de fogo, porque foi lá que eu comecei como professora mesmo porque eu peguei uma turma de 2ª série, de alunos que eram tri-repetentes, porque a escola [...], atende alunos que são de baixa renda mesmo, da área de ressaca, essas coisas”. Além da sua inabilidade com os alunos e a falta de apoio, à época, por parte da escola, Juliana relata as dificuldades de sua prática:

Fui trabalhar com a segunda série desses alunos repetentes, então eu lhe confesso que eles me faziam de gato e sapato, porque eu nunca tinha trabalhado, eu tinha só experiência da escola, como aluna, eu com 18 anos, supertímida e eu não encontrei apoio da escola, pelo contrário. Então várias vezes chegava em casa chorando,

dizendo que eu não ia mais no outro dia, que eu não ia conseguir, mas com o apoio da minha irmã e do meu cunhado, que até então era nós três, que morávamos aqui em Macapá, de conhecidos e tal, eu fui e consegui chegar até o final do ano, desenvolveu uma gastrite por conta disso.

Para conseguir chegar ao final do ano letivo Juliana buscou suporte na família: “isso no meu primeiro ano de trabalho, por isso que eu digo que foi a minha prova de fogo e quando chegou ao final do ano eu avalei se queria continuar ou não. Pedi muitos conselhos da minha irmã e do meu cunhado que já trabalhavam, né?” Assim, após aconselhar-se com a família, Juliana decidiu continuar. A partir daí começou a trabalhar na alfabetização e se dedicar tão intensamente à profissão que passou a negligenciar outras dimensões de sua vida.

[...] aí eu peguei uma turma para alfabetizar. Aí eu me encontrei, sabe? Eu me encontrei e por um lado foi muito bom, eu passei sete anos alfabetizando, mas por outro lado eu me dedicava tanto que o outro setor da minha vida, que eu tinha um sonho de me formar e ser professora de português e fazer um curso de inglês e esse outro lado da minha vida foi ficando de lado, porque eu adorava dar aula, adorava alfabetizar e eu me dedicava ao máximo pra isso, né?

Juliana verbaliza que o seu empenho com os alunos era justificado pelo amor ao que fazia, “eu adorava dar aula, adorava alfabetizar e eu me dedicava ao máximo pra isso, né?” Posteriormente, foi percebendo que não “poderia ficar só ali”, porque tinha outros objetivos: “[...] aí eu me dediquei, passei no Curso de Letras (UNIFAP), passei em 1º lugar, porque eu me considerava uma pessoa determinada, quando eu coloco uma coisa na minha cabeça, que eu vou conseguir, eu me dedico mesmo, né? E depois que eu passei na UNIFAP fiquei estudando”. A professora permaneceu trabalhando e estudando, simultaneamente, constituindo-se a partir daí certo desgaste físico e mental:

Eu não sei se eu pude ficar fazendo esse paralelo. Eu confesso que o Curso de Letras, hoje eu avalio que eu deveria ter aproveitado muito mais, mas por conta, como eu sempre falo para os meus alunos, para os meus amigos, que a gente quando trabalha e estuda é muito difícil, e quando a gente trabalha como professor, alfabetizando, é duas vezes mais difícil. Mas eu adoro criança, adoro alfabetizar, apesar de eu ter consciência de que é um trabalho que eu não daria mais conta.

Juliana relata que permaneceu em sala de aula nessa escola por 18 anos, sendo transferida para a TV Escola depois do falecimento de sua mãe e o desenvolvimento de uma psoríase.

Trabalhei com a alfabetização até 2000. Só com a alfabetização. Em 1992 eu entrei com a segunda série, e de 1993 a 2000 foram sete para oito anos. De 2000 a 2001 foi o período que eu me formei na universidade e coincidentemente abriu uma vaga na escola para Língua Portuguesa. No Ensino fundamental II de 5ª a 8ª série né? Então eu já trabalhei de 5ª a 8ª séries todas as turmas, aí eu fiquei na escola [...] dando aula de Língua Portuguesa até o início do ano passado. Só que no final do ano retrasado eu perdi a minha mãe e eu senti muito, então, eu já não estava mais me

dedicando como eu deveria para a escola e aquilo me incomodou também, mas os meus colegas, a supervisora da escola, sugeriu no final do ano passado, que eu saísse da sala de aula pra melhorar, porque eu também desenvolvi psoríase, por conta desses traumas e ela sugeriu e eu fui para a TV escola.

Juliana destaca que resistiu em aceitar sair da sala de aula e justifica suas razões:

Inicialmente, eu não aceitei, porque eu não conseguia me ver sem dar aulas, eu gosto muito, gosto dessa convivência com os adolescentes, já trabalhei no supletivo também, mas eu não me identifiquei, eu não consigo chamar a atenção, dar conselhos para uma pessoa mais velha, vai além dos meus princípios, alguém mais velho que eu, tenho aquele respeito dos mais velhos, entendeu? Mas com os adolescentes e com as crianças eu adoro. Aí eu não aceitei e fiquei até o início do ano, mas aí eu vi que realmente eu não estava aguentando, aí eu tive que sair, e fui pra TV escola.

Nesses relatos, a professora evidencia certa dificuldade em “largar” a sala de aula, *locus* de construção e atuação, um modo de vida, na condição de docente dedicada; de constituição de uma identidade profissional estabelecida no percurso de sua história de magistério; de muitas crianças alfabetizadas; de múltiplas relações intersubjetivas, afetivas e cognitivas mediadas pela entrega pessoal e pelo amor à profissão, como ela revela: “no início, eu não aceitei, porque eu não conseguia me ver sem dar aulas”.

O momento de saída da sala de aula para um professor pode significar a destituição de si (BIRMAN, 2012). Geralmente, os professores procuram manter-se “ativos” em suas funções na sala de aula até o seu limite máximo. Percebi essa “resistência” deles em sair do seu lugar social de professor, como uma espécie de destronamento da sua identidade docente, do seu lugar socialmente reconhecido para o exercício do seu ofício, como aparece na fala da professora Juliana: “Aí eu não aceitei e fiquei até o início do ano [na sala de aula], mas aí eu vi que realmente eu não estava aguentando, aí eu tive que sair, e fui pra TV Escola”.

A história do adoecimento de Juliana surge como uma conjunção de fatores. Após o autoentendimento sobre a sua condição de saúde aceitou sair da sala de aula e procurou atendimento na Casa do Professor. Foi afastada da sala de aula com respaldo do laudo médico e agora (no momento da entrevista) está trabalhando na secretaria da escola para evitar o contato direto com os alunos, como ela explicita:

E foi quando eu procurei o atendimento aqui na Casa do Professor. Hoje eu estou de licença, né? Agora, depois que eu voltei, eu estou trabalhando na secretaria da escola, porque mesmo na TV Escola, como eu estava tendo contato com os alunos, então eu não estava tendo melhora, né? Então eu tive que sair mesmo desse contato porque querendo ou não é uma área muito estressante para você lidar direto como os adolescentes, principalmente com os adolescentes de hoje em dia.

Juliana comenta o comportamento dos alunos, considerando-o “algo muito estressante”, porque muitos são provenientes de famílias, segundo sua opinião, em que os valores, por exemplo, o respeito ao professor, não é ensinado. Dessa forma, a “luta diária” do professor torna-se mais estressante e pouco produtiva.

Porque é o seguinte, a gente atende os alunos, lá na escola, são crianças da periferia, então são crianças que já não tem uma estrutura familiar, vamos dizer assim, que lhe impõe respeito, então eles já não respeitam pai e mãe, imagine o professor na sala de aula. Então ali é uma luta diária, sabe? De aconselhamento, de chamar a atenção, de tentar mostrar pra ele que ele precisa estudar e que ele não pode vereda pelo caminho do crime.

Olha, só não teve comigo, porque eu sou uma pessoa muito calma, calma na hora de falar, calma hora de chamar a atenção, mas assim, agressões verbais, só não teve agressão física, não fazer o que tá sendo proposto e tentar levar o resto da turma que está tentando fazer, né? E a gente tendo que estar todo o tempo batendo na mesma tecla, falando a mesma coisa e chamando atenção.

Aí gera um estresse, porque quando você chega a casa e você verificar que aquele seu dia não foi nada produtivo, ou pouquíssimo produtivo, gera um estresse muito grande. Então o professor que se preocupa que tem compromisso, isso afeta muito, que foi o caso que aconteceu comigo, eu ficava altamente estressada de ver que eles não estavam rendendo, não estavam querendo, né? E tentava fazer outras coisas, vídeos, aulas, levava para o LIED⁹², tentava fazer, não sei, mas assim, eles não queriam.

A interlocutora narra os primeiros sinais de adoecimento, a psoríase associada ao estresse e à cobrança pessoal na condição de professora de Língua Portuguesa por “não ver o trabalho render”.

A primeira coisa é que desenvolveu a psoríase, porque ela é uma doença ligada ao estresse, então, como eu lhe falei, você chegar a casa, ver que seu trabalho não está rendendo, não está indo como o esperado, você tentar outras coisas e não está conseguindo dar um jeito. Me cobro muito [...]. Porque eu sou professora de Língua Portuguesa, não estou minimizando as outras disciplinas, mas eu acho que o aluno, é o foco, é o principal para ele desenvolver todas as outras, né?

Como decorrências dessas auto exigências emergem as frustrações com a docência: “também, também, vem todo esse aparato e você tem o objetivo e você não alcançar e você fica frustrado, aí você tem problemas externos, né?” Essa fala da professora Mariana me envia ao conceito de anomia desenvolvido por Merton (1970; 1976) quando aponta o descompasso entre as metas sugeridas ou estabelecidas e os recursos oferecidos para alcançar os objetivos propostos.

Juliana relata que nesse ano, em 2014, também teve várias complicações graves de saúde na família (irmãs) que a afetaram e a levaram a “esquecer de si”.

⁹²Laboratório de Informática Educativa.

Porque também esse ano, em março, essa minha irmã que é uma segunda mãe, teve uma isquemia e eu que cuidei dela, eu que percebi e cuidei, fiquei paralelamente ao problema dela, porque elas duas são diabéticas, minhas duas irmãs, paralelamente ao problema dela a minha outra irmã que é diabética, pisou em algo pontiagudo, um brinco e como a diabetes dela está muito descompensada, ela quase perde o pé, então eu ficava entre as duas, cuidando das duas, só que escondido da minha irmã que teve a isquemia, porque ela não podia se emocionar, ela não podia se preocupar, né?

As irmãs de Juliana também desenvolverem Síndrome do Pânico, obrigando-a a dedicar-lhes um cuidado maior: “aquele período fora muito conturbado, muita coisa e que eu acabei deixando a minha saúde, [...] a minha vida de lado, por conta disso, então foi por isso que eu também que eu também não consegui mais ficar em sala de aula”.

Juliana reconhece que se envolveu com os problemas de saúde da família e acabou esquecendo-se de si. “Então é aquela coisa, quando você está tão envolvido com outros problemas maiores, né? [...] quando você está envolvido com outros problemas, você acaba, sei lá, esquecendo-se de você, então eu quando desenvolvi a psoríase, até demorei para ir ao médico, até descobri”. A psoríase foi considerada consequência do estresse:

As manchas, porque agora já estão [...] A primeira que apareceu foi aqui, primeiramente eu disse assim, nossa eu peguei uma impigem dos meninos, porque eles são [...] era como uma impigem, aí eu passando o remédio de casa e depois eu fui realmente ao dermatologista e ele falou que era psoríase. Mesmo assim, como eu estava muito envolvida com esses problemas, eu não estava percebendo o que estava acontecendo comigo, psicologicamente, eu estava ficando agressiva com as pessoas, impaciente, muito emotiva, eu sou emotiva. Isso agora no início de 2014, na verdade, isso desde 2012, com o falecimento da minha mãe.

Na narrativa seguinte, a professora fala dos sintomas do seu processo de adoecimento, além da psoríase: disfunção hormonal aumento de peso, artrose, dores nos joelhos, irritabilidade, falta de vontade de trabalhar e dos possíveis fatores que provavelmente contribuíram para o seu adoecimento.

Então começou esse processo, mas eu não percebi, e também tem aquela coisa, vai procurar um psicólogo, ah, não, eu não preciso, eu sou uma pessoa calma, eu não preciso de psicólogo, não quero, não vou, não preciso. E aí a gente não vai percebendo e aquilo vai virando uma bola de neve. Sim, a psoríase, a irritabilidade, antes eu já estava com problema hormonal, né? Que acarretou meu aumento de peso, então consequentemente eu tenho artrose, por causa desse excesso de peso, dores nos dois joelhos, então isso aí foi agravando, porque eu fui aumentando de peso, cada vez mais não fui me cuidando né?

Porque sempre pensando que tinha outra coisa para fazer, outra coisa para resolver, e até que eu cheguei aqui, e eu cheguei aqui por conta do [...] Eu já estava com tudo isso, eu já estava mesmo irritada, não sentia vontade de trabalhar, eu me arrumava

toda, dava o horário e eu não sentia vontade de trabalhar, pra sair de casa para trabalhar, depois que eu chegava lá até que não, melhorava, na época que eu já estava fora da sala de aula, até que eu já não sentia tanto, mas assim, quando chegava a hora de ir embora eu era a primeira a sair da escola, coisa que não acontecia antes.

Juliana continua descrevendo a sua condição em relação à doença e, principalmente, sobre a perda do desejo e do gosto de trabalhar. A sala de aula para ela “era um lugar impossível” e estava associada, naquele momento, a “frustrações” e “insegurança”, segundo as suas percepções.

Não sentia vontade de ir para a sala de aula. E falar, pra mim, em sala de aula era uma coisa impossível. Quando pensava na sala de aula vinham as mesmas frustrações, que eu não ia mais conseguir, que eu não ia me adaptar com os alunos, que eu não ia saber repassar os conhecimentos, não ia conseguir que os alunos aprendessem, que eu não ia ter resposta positiva, porque era isso que estava passando na minha cabeça, entendeu? Que eu não ia ter saúde física entendeu?

Por causa dos joelhos para estar na sala de aula, para desenvolver, então quando eu cheguei aqui [referindo-se à Casa do Professor] eu estava convicta de que realmente eu não iria voltar para a sala de aula, nunca mais. E bom até hoje eu tenho dois laudos que diz que não é pra eu voltar, tanto da artrose quanto da psoríase.

A professora, nesse momento, está convicta de que “nunca mais” retomará a sala de aula, além da sua convicção, que a assegura dessa “certeza” – como exprime na narrativa anterior: “existem dois laudos que dizem pra eu não voltar”. Nessa fala da professora Juliana percebo a relevância dos laudos, dos CIDs e atestados para os docentes, como forma de garantir direitos e o respaldo perante o poder dos gestores escolares.

Os docentes, impossibilitados para o exercício da função, atravessados pela experiência do adoecimento, em alguns casos capturados pela própria gestão e encaminhados para esse centro de apoio à saúde do professor. Nesse local são classificados por neologias, diagnósticos e seus respectivos “CIDs” e/ou “DSMs”, recebem também seus atestados de doentes, concedendo-lhes os direitos de docente. Esses direitos empoderam os professores, principalmente perante a gestão escolar que, em muitos casos, não reconhece o adoecimento dos docentes e os ameaça de devolução à SEED, fazendo com que se sintam “descartáveis”; “inúteis”; “sem valor para a escola”; “desconsiderados”; “frustrados” e sem apoio.

Acompanhamento médico: até a ocasião da entrevista, Juliana não fazia acompanhamento psiquiátrico, somente o psicológico, com um psicólogo da Casa do Professor e com um dermatologista, fora da Casa. Menciona que esse especialista lhe recomendou: “você precisa desligar, você precisa trabalhar em outro local, o seu local de

trabalho tem que ser o mais calmo, o menos estressante possível”. “Ele disse que, dificilmente, eu vou poder voltar para a sala de aula”.

No que concerne às **queixas associadas à escola**, Juliana inicia comentando sobre os problemas estruturais do ambiente escolar e a falta de recursos didático-pedagógicos: “ali na minha escola falta tudo. Você não tem, inicialmente, você não tem um prédio, aquele prédio foi reformado quando eu entrei lá, em 1993 ele foi reformado, então está mais de 20 anos sem reforma”. E, segundo o relato da professora, faltam muitas coisas na escola.

Então, o que falta, primeiramente, uma reforma, uma pintura, cadeiras novas, falta o material mínimo para a gente trabalha [...] o mínimo: pincel, apagador, você recebe no início do ano um pincel, um apagador, pronto, né? E falta na parte física, né? Eu vou falar da estrutura mesmo, é uma escola que não tem um espaço para os alunos, para a gente fazer uma aula fora, uma área, ou se os alunos estão sem aula, ou sei lá, para eles ficarem fora, estão todo o tempo ali trancados, então aquilo atrapalha demais, né? Nós temos a quadra, mas é uma coisa assim toda quebrada, toda sucateada, as coisas são todas sucateadas, na sala de aula, nós temos uma sala de vídeo com uma TV de 20 polegadas.

Juliana ressalta que na escola em que trabalha “falta o mínimo pra trabalhar”. Atualmente, ela está na sala de vídeo. Quando provocada para falar sobre as suas intenções pessoais de retorno às funções docentes na sala de aula, ela responde:

Eu não vou voltar? Eu não consigo me imaginar voltando para a sala de aula. É uma rejeição por esse caos, de revolta, de rejeição, de frustração, de 22 anos perdidos, porque foi o tempo todo nisso, o tempo todo nessa luta, o tempo todo com tudo sucateado. Sabe? Você não tem o mínimo de conforto, a gente não tem uma cadeira pra sentar, a gente como professor senta na mesma cadeira do aluno, que é mais baixa, aí dói o joelho.

Assim, além dos “22 anos perdidos” e do cansaço em lidar com essa realidade durante todos esses anos, ela comenta sobre o comportamento do diretor escolar frente ao seu adoecimento e lamenta a postura desse gestor quando a ameaça devolvê-la para a SEED e “descartá-la” da escola devido à sua “condição de doente”, não reconhecendo a sua história de dedicação àquela escola. O diretor fala para a professora que “não existe lugar para doente naquela escola”.

Quando eu entrei para me apresentar na sala dele, ele gritando, grosseiramente, ele falou: “olha professora, a minha irmã tem esse mesmo problema que a senhora, mas ela é advogada, ela faz audiência, tem época que ela não pode nem pegar em sabão, porque está com as mãos toda ferida, mas ela não para a vida dela!” Pegou o outro laudo e disse: “se a senhora não vai para a sala de aula, eu não tenho lugar para a senhora aqui, não tem lugar está tudo cheio”. Eu me senti [...] [choro], eu ainda não consegui superar isso, eu já conversei com a minha psicóloga [...]

[...] eu conheço a família dos alunos, eu saio na rua, eu vou na padaria, eu encontro o meu aluno, eu encontro a mãe dele, encontro o pai, vem uma pessoa que não sabe da minha vida profissional, não precisa nem saber da minha vida pessoal, não sabe

da minha vida profissional [...] Desculpe! [Choro] E diz que não tem lugar para mim ali [...]

Como eu estivesse sendo jogada fora, literalmente. Como se eu estivesse... e meu sentimento hoje na escola, porque eu estou na secretaria, assim, a secretária escolar entrou e ouviu os gritos dele. [Gritos do diretor]. É o jeito dele de falar é assim... Ela falou a mesma coisa, professor, a professora Mara já trabalha aqui há muitos anos, uma pessoa muito competente, porque todo mundo que sabia que eu ia sair ficava revoltado, né? Por conta de eu estar ali há 22 anos e conhecer o meu trabalho, aí ele olhou pra mim e disse: “a senhora tem uma amiga aqui nessa escola, a Mara, ela é sua amiga, porque eu ia lhe devolver, mas como ela está pedindo” aí ele olhou pra ela e disse, “Mara, você resolve com ela, horário, você pega o atestado”. Então hoje eu me sinto como uma pessoa inútil, que só está ali porque alguém pediu pra que eu estivesse.

Nessa última narrativa Juliana diz: “Eu fui jogada fora”. [...] “Então hoje eu me sinto como uma pessoa inútil, que só está ali porque alguém pediu pra que eu estivesse”. Essas expressões de sentimentos demonstram a destituição pessoal; a dor pela falta de reconhecimento à sua história de dedicação ao trabalho naquela instituição de ensino: “Então eu não sou uma pessoa, como eu te falei o que me dói mais, é que eu gosto de ser professora [...]. Eu poderia ganhar muito dinheiro, poderia trabalhar em um tribunal da vida né? Mas eu não quis, eu quis ser professora, eu gosto sabe?”

Em suas narrativas, são nítidos os sentimentos de sofrimento e frustração com a profissão, mesclados com o desejo de obter reconhecimento pessoal e profissional pelos anos de dedicação ao trabalho docente. Já, do ponto de vista da professora, as percepções do gestor sobre o professor doente é que este é “um preguiçoso”, que “não quer exercer sua profissão”, diz Juliana.

O diretor considera que o professor é um preguiçoso quando ele falta, o professor quando não está na sala de aula é porque ele é preguiçoso, é porque ele não quer exercer a profissão, é isso que todo mundo pensa, é isso que eu sinto. Dele que diz que foi uma determinação da SEED verificar todos os professores do Estado, pra não deixar ninguém fora da sala, que seja do Estado. Então ninguém vê.

Quando solicitada a narrar suas perspectivas de retorno à sala de aula, Juliana expressa um sentimento associados a decepção quanto ao modo como se sente tratada, após longos anos de entrega à carreira do magistério e conclui com uma indagação: “Então, eu hoje [...] eu acho que eu não vou conseguir voltar, porque depois disso eu percebi que ninguém tá nem aí para o que você fez. Pois é! Mas eu entendo o seguinte: hoje eu não estou podendo exercer a minha profissão, mas, e aí tudo o que eu fiz?”

Realizada a apresentação da trajetória e história de adoecimento dessa professora, com 22 anos de exclusiva e total dedicação, em suas narrativas ela ressalta vários aspectos relacionados ao desencanto com a profissão. Suas declarações me fazem questionar: como

uma docente tão dedicada e apaixonada pela profissão chega ao ponto de afirmar que não vai voltar à sala de aula?

Juliana, em suas narrativas, aponta indicadores sociais e subjetivos que podem constituir fatores motivadores para o seu mal-estar: escola como extensão da própria residência; total e plena dedicação sem distinção de fronteiras casa-trabalho; “escola toda sucateada”; mobília inadequada; doenças psicossomáticas associadas ao estresse (psoríase, aumento de peso, pressão alta, artrose, depressão); vivências de não valor; de falta de reconhecimento; percepções de inutilidade (morte social); de descartabilidade pelo gestor escolar que relaciona adoecimento docente à preguiça e diz que “em sua escola não tem lugar para professor doente, entre tantos outros fatores de negação do valor do profissional docente.

Esse conjunto de representações e sentimentos verificados na trajetória da professora Juliana faz com que se compreenda o sofrimento explícito de descontentamento com a profissão e a sua rejeição ao “caos da realidade” de trabalho, como sugere Dejours (1994), que entende o sofrimento no trabalho através da noção de “carga psíquica”. Para esse autor, os componentes afetivos e relacionais da carga mental do trabalho não são absorvidos pelo trabalhador, devido às suas ambiguidades, como fonte de desprazer.

Nesse sentido, ainda sob a ótica do autor, quando o trabalho é fonte de prazer para o trabalhador, consente o alívio da carga psíquica. Ao contrário, quando o trabalho não é fonte de prazer, dá origem ao sofrimento e à patologia. Assim, para Dejours o sofrimento é analisado como uma experiência subjetiva ambígua entre o mal-estar e o bem-estar psíquico, sugerindo uma espécie de luta contra as forças que o impelem em direção à doença mental (DEJOURS, 1994). Dejours (1987) considera a insatisfação no trabalho uma das formas fundamentais de sofrimento do trabalhador.

6.3.2 História de Emanuela⁹³ “você luta, luta e não consegue”: precarização das condições estruturais do trabalho do centro.

“O professor é idealista, né? Idealiza o melhor aluno, a melhor escola, os melhores recursos, etc. [...] e quando ele vai ele vai para a prática do trabalho, ele se depara com o oposto. Tudo está ligado, frustrações pessoais e profissionais e acabam adoecendo a gente”.

“Vivo o conflito entre a realidade a idealização e a expectativa, a idealização e a realidade. Esse é o elo de todo sofrimento”.

⁹³Realizei duas entrevistas com a professora Emanuela, uma sobre a sua experiência de magistério no Ensino Regular e a outra sobre o seu trabalho no Modular. Os dois encontros aconteceram na Casa do Professor, com 60 minutos de duração aproximadamente cada.

Emanuela, 40 anos, natural do Maranhão, graduada em Letras pela Universidade Federal do Amapá, é professora efetiva estadual há vinte anos. Atualmente, está afastada da sala de aula e desenvolve suas atividades na sala de leitura, através de projetos de leitura para alunos do Ensino Fundamental, na Educação de Jovens e Adultos (EJA), em Macapá.

Essa docente está fora da sala de aula há dois anos, após o seu adoecimento: “Eu estava há 18 anos em sala de aula direto. Agora, depois desse processo de adoecimento psicológico eu estou com projeto de leitura”. Exerce suas funções docentes no turno da noite e cumpre uma carga horária de 40 horas semanais. Não possui outros vínculos de trabalho. Faz acompanhamento no “Psicossocial” há três anos e carrega o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade e Depressão.

Emanuela, depois de uma breve apresentação, inicia seus relatos sobre a sua experiência de docência. Comenta sobre a rotina diária na escola, destacando que trabalha com alunos da Educação de Jovens e Adultos (EJA), uma clientela de baixa renda que há muito tempo não estudava e que trabalhar com esse público se constitui um “trabalho bem árduo”, e quase sempre sem a colaboração necessária da escola.

Diariamente a gente recebe os alunos que são da área de periferia do [bairro] Perpétuo Socorro. São alunos de classe econômica bem vulnerável [...] bem problemática também [...]. Então, a gente prepara atividade de leitura é [...] tenta estimular os alunos a terem um gosto pela leitura [...]. Eu [...] A EJA por ser um segmento da educação com alunos que passam bastante tempo fora da sala de aula [...] ou desistem, depois retornam [...] pessoas idosas que passam 10-15 anos fora da escola [...]. É um trabalho bem árduo para o professor lidar com aquela clientela bem diversificada [...] Uns sabem ler, outros não sabem [...] uns não gostam da escola, outros estão ali porque ainda têm esperança de conseguir um emprego, então, a rotina de trabalho é bem [...] força bastante o professor. A gente tenta atender [...] tenta criar metodologias para atender a um e a outro e no final a gente vai percebendo que a colaboração é a mínima.

Han (2015, p. 47), em suas análises sobre a sociedade do trabalho e do alto desempenho, denominada por ele “sociedade do cansaço”, “sociedade da alma consumida”, considera que os trabalhadores não são livres, nessas formas de gestão. Segundo o seu ponto de vista, esse sistema de organização do trabalho gera mecanismos coercitivos, nos quais, “o trabalhador torna-se prisioneiro e vigia; vítima e agressor”. Acaba explorando a si mesmo. Com isso, pessoas podem sofrer de depressão e de outros transtornos.

Percepções sobre a docência: Emanuela entende a docência como uma profissão positiva e relevante para a transformação social. Acredita que o professor possui uma função admirável porque “colabora com a educação do indivíduo e colabora com o outro”, como se pode observar no relato a seguir.

Mas a nossa colaboração com a educação é [...] imaginar que de alguma forma você pode colaborar com a educação do indivíduo. Colaborar com a mudança da expectativa dele de vida, então, isso é interessante. Eu acho que é uma das grandes paixões do professor é essa [...] colaborar com o outro [...] Achar que de alguma forma está contribuindo com alguém para o crescimento, para a sua formação.

A professora lamenta-se sobre o esforço e dificuldades para envolver os colegas em um trabalho interdisciplinar nos projetos de leitura. Para ela, são tentativas frustradas que geram desgaste e cansaço:

a nossa escola enfrenta um problema terrível que é a falta de interação com os professores e a comunidade como um todo. Temos discutido bastante nas reuniões pedagógicas, mas ainda não conseguimos esse senso comum de trabalhar a interdisciplinaridade. O projeto de leitura se dá isoladamente, somente com os professores do projeto que são três e os alunos. Ainda não conseguimos incorporar as demais disciplinas, os demais setores da escola ao projeto, o que seria essencial.

Referente a sua **história de adoecimento**, a professora relaciona o seu sofrimento psicológico e a adoecimento às questões pessoais e familiares somados a outros motivos estressores: dependência química e relações tumultuadas com o ex-companheiro. Relata que o conheceu no “Módulo”, descobrindo que ele era usuário de drogas somente depois que estavam morando juntos. Conviveram por dez anos e tiveram um filho, o qual vive sob sua tutela. A docente conta que tentou vários tratamentos para o esposo, mas sem muito sucesso.

Durante esse percurso tentou conciliar os afazeres domésticos, o trabalho e a situação do companheiro. Conseqüentemente, desenvolveu problemas psicológicos, culminando em uma crise: “tentava conciliar em casa e no trabalho o problema, mas de alguma forma isso foi me afetando diretamente aos poucos [...] paulatinamente, culminou em uma crise psicológica que eu tive há três anos [...]”.

Posteriormente, pediu a separação, mas a consequência foi o sofrimento balizado pela frustração de não ter sido bem-sucedida com a construção familiar e pelas relações atrapalhadas: “sofri muito por não ter conseguido alcançar o êxito com a família... e ainda inda sofro as sequelas dessa convivência tumultuada e turbulenta que eu tive com ele durante dez anos”.

Emanuela conta que, além da fragilidade emocional sofrida por essa relação desassossegada, a escola não contribui para o bem-estar do professor, e é enfática ao dizer que mesmo o docente sendo um “idealista” no sentido de “pensar o melhor para o aluno e a escola” acaba se frustrando e sofrendo no “seu psicológico”:

[...] digamos [...] a relação com o trabalho fragiliza bastante. Porque, a escola de alguma forma ela não contribui muito com o bem-estar do trabalhador. No geral a

gente sabe a escola pública oferta [...] oferece muito pouco, principalmente, em relação a aspecto físico [...]. O ambiente físico, os recursos, a clientela [...]. O professor é idealista, né? Ele sempre idealiza o melhor aluno, a melhor escola, os melhores recursos e quando ele vai para a prática do trabalho ele se depara com o oposto disso, então, de alguma forma isso interfere sim em nosso psicológico, e a gente acaba trazendo as consequências das sequelas destas frustrações, né? Diante dessa constatação negativa para a família [...]. A solução dos problemas pessoais também, que tudo é uma idealização na mente da gente, nada se separa, né? Uma coisa está interligada a outra, então, eu acredito que o ambiente de trabalho quando não é favorável, não parece aquilo que a gente idealiza a gente se frustra muito e acaba sim [...] adoecendo a gente de alguma forma.

Nessa narrativa é visível a ambiguidade da realidade de trabalho docente, plena de experiências paradoxantes, conforme Gaulejac, (2007) e anomizantes, na concepção de Merton (1976). Sobre a ambiguidade vivida pelos professores em suas realidades de trabalho, Tardif (2014b, p. 229) afirma: “os docentes vivem num espaço carregado de afetos, de sentimentos e de conflitos. Quantos preferiam não participar disso? Mas eles sabem que um tal distanciamento seria a negação do seu próprio trabalho”.

Interferências do adoecimento no desempenho profissional: no relato a seguir Emanuela fala de suas queixas sobre o adoecimento e como este a afeta em sua vida profissional, destituindo-a de características pessoais.

Esse problema de saúde tem me afetado gradativamente. A gente percebe que você fica menos focada, fica mais relapsa [...] Você fica mais [...] Você não atribui mais tanta importância a aspectos que você dava importância no seu trabalho, você acaba dizendo: ‘Ah, o meu eu é mais importante que o meu trabalho’. Antes você pensava o inverso [...]. Você pensava que gostava de trabalhar, queria mostrar o melhor [...] [Ruídos].

A trajetória de vida, de trabalho e de adoecimento conectam-se entre si, pois, há visíveis interferências do adoecimento no desempenho profissional e vice-versa. Emanuela expõe em suas queixas essa interdependência entre as consequências do adoecimento como afetação da vida profissional e pessoal, descaracterizando a sua subjetividade.

Percebo na narrativa anterior de Emanuela um ‘processo de destituição de si’. Essa observação me remete à análise de Birman (2012, p. 104) sobre as novas formas de configuração das subjetividades e como o mal-estar se evidencia na contemporaneidade (nos registros do corpo, da ação e das intensidades), quando diz: “o mal-estar se apresenta hoje, tanto no corpo quanto na ação, pela pregnância assumida pela categoria no psiquismo a expressas categorias do tempo”, e também me reportam a Han, quando fala do “si mesmo esgotado” e da “alma consumida”, e acrescenta: “o que torna [o indivíduo] doente, na

realidade, não é o excesso de responsabilidade e iniciativa, mas o desempenho como um novo mandato da sociedade pós-moderna do trabalho” (HAN, 2015, p. 27).

Interferências do adoecimento nas finanças pessoais: de acordo com o que diz Emanuela no trecho transcrito a seguir, “o professor vive eternamente apertado”. As queixas também se direcionam à ausência de plano de saúde para o servidor estadual, perdas trabalhistas, atendimento precário no “Psicossocial”, altos custos das consultas psiquiátricas, e o salário não compensa.

Existe a questão financeira. O trabalho, às vezes, não compensa financeiramente. O professor vive eternamente apertado financeiramente, tentando conciliar é [...] perdas trabalhistas [...] tentando enxugar gastos na família [...]. Isso também de alguma forma afeta negativamente psicologicamente a gente, então, o fator financeiro também é um aspecto imprescindível [...]. É a sobrevivência [...]. É a manutenção da vida. Quando isso está em risco, quando você não consegue, principalmente, a mulher [...] está adoecida e o aspecto econômico não favorece [...]. Nós não temos plano de saúde [...]. O governo não oferece plano de saúde para o professor, trabalhador [...]. Nós só temos esse atendimento precário aqui no psicossocial [...]. Psiquiatra você tem que pagar! Eu pagava o meu tratamento aí depois não consegui mais pagar e tive que ir para o hospital geral [...]. Meu atendimento prolongou [...] Era mensalmente e agora vai de quatro em quatro meses de cinco em cinco meses [...]. Então, são vários fatores que o trabalho interfere negativamente.

O adoecimento envolve várias dimensões da vida, incluindo perdas financeiras. “A gente perde muito e atrapalha a nossa vida”. “Então, tem todos esses fatores [...] aí um fator vai puxando o outro [...] vai se somando, na verdade”. A professora diz não poder contar diretamente com o apoio de familiares, pois vivem no Maranhão. Ela vive só com o filho pequeno em Macapá. Diz que esses fatores se somam e geram frustrações: “da questão da convivência com meu marido [...], depois a própria escola tem uma participação [...] participação nas frustrações [...]. Ainda tem as frustrações, né? Aí isso afeta [...] aí vem o fator financeiro [...]. O fator financeiro também se agrega a esses outros [...]”.

A ausência de plano de saúde e a falta de apoio durante o tratamento afetam “muito”, de forma degenerativa, a saúde emocional do professor, aumentando a sua insegurança. Assim, diz Emanuela, “são elementos bem fortes que nos afetam diretamente”, e é

[...] questão da saúde mesmo, que o nosso atendimento [...]. O professor ele não tem plano de saúde, né? Então, quando a gente precisa de algum atendimento você tem que arcar financeiramente com esse tratamento, então, é outro aspecto que nos afeta psicologicamente muito. Então, aquele momento de necessidade de apoio. Você não tem! Não sente segurança! Se sente inseguro [...] se sente inseguro [...]. Então, são elementos bem fortes que nos afetam diretamente.

Percepções do tratamento na Casa do Professor: sobre o atendimento psicossocial recebido na Casa do Professor, Emanuela relata que os profissionais atuantes ali se esforçam para garantir o suporte básico, mas ainda é precário e, além disso, “o governo conspira contra”, não fornecendo as condições estruturais necessárias, dificultando, assim, o processo de tratamento, e tudo isso, “acaba, também, desgastando, desgastando... emocionalmente... emocionalmente [...] emocionalmente [...]”, como menciona a professora:

É [...] o Psicossocial [...] ele tenta [...]. As meninas tentam nos dá um suporte, mas em contrapartida o governo conspira contra, porque, ele aluga os prédios, depois eu não sei o que acontece [...]. Muda de lugar inesperadamente [...]. Olha, eu estou sem atendimento desde outubro [...]. Já passei por uma série de transtornos, de crises nesse período [...]. Sem dinheiro para ir ao psicólogo, ao psiquiatra [...]. Sem atendimento com o psicólogo, ou seja, não há uma preocupação [...]. A gente percebe que não há uma preocupação, nem mesmo com esse atendimento mínimo ofertado [...] oferecido aos professores [...].

Uma continuidade, então, eu cheguei hoje aqui depois de quase cinco meses sem atendimento, o prédio ainda está em reforma, o acolhimento foi extremamente precário, então, isso é constante a gente constata isso ao longo do tempo, então, tudo isso afeta a gente negativamente [...]. Puxa! A gente não é atendida em nenhum aspecto [...]. Nem no trabalho [...]. Quando está doente, não se preocupam com um atendimento sequenciado [...]. O governo muda o ambiente aleatoriamente a hora que dá vontade, ou, quando não dá vontade [...]. Quando ele não paga um prédio, não sei o que aconteceu, [...] muda pra outro, então, são várias situações e ações que nos deixam vulneráveis irritados, estressados [...] Aí digamos assim [...] um momento em que você precisa se sentir mais tranquila, mas [...] acaba também desgastando, desgastando [...] emocionalmente [...] emocionalmente [...].

O desabafo acima me leva a refletir sobre o que diz Selliman-Silva (2011, p. 468): “a precarização, ao atingir todos os âmbitos da sociabilidade, isola os indivíduos e repercute de modo importante na vida afetiva e na subjetividade de cada um”.

Nesse sentido, **as suas manifestações do adoecimento** tornaram-se perceptíveis em seu comportamento depressivo, principalmente após o pedido judicial da separação motivada por agressões físicas em uma “briga com o marido” na frente do filho. Em decorrência desse fato, Emanuela entrou em estado de isolamento social e depressão, e sequer reagia às “gracinhas” do filho. Foi a partir de um “estalo”, quando o filho disse: “Mamãe, você não ri mais”, que procurou ajuda do psiquiatra e depois foi encaminhada ao Psicossocial, conforme seu relato, pois foi

[...] um momento preciso quando eu percebi [...] eu lembro que eu já havia pedido separação para o meu marido. Ele tinha me agredido até fisicamente na frente do meu filho [...] e nós chegamos ao limite máximo da desarmonia, então, eu pedi a separação judicialmente e entrei em estado depressivo de isolamento dentro de casa com meu filho, e ele só tinha três anos na época [...]. De alguma forma isso afetou psicologicamente ele [...]. Ele fazia gracinhas pra mim e eu não ria [...]. Ele dizia: “Mamãe, você não ri” e foi um estalo pra mim quando ele falou isso “Mamãe, você não ri mais” e aí eu procurei o tratamento, procurei um psiquiatra [...]. Procurei a

diretora [...] relatei [...]. Até então, não tinha falado lá na escola sobre esses dramas pessoais que eu vivia, mas aí me senti obrigada a abrir o jogo e falar pra ela o que estava acontecendo. Aí ela me tirou logo da sala e pediu para eu procurar o psiquiatra fui... aí fui encaminhada ao psicossocial isso há três anos e desde aí eu tenho sido acompanhada.

De forma reflexiva, e com certa tristeza no olhar, a docente relata as diversas manifestações do seu adoecimento, e menciona que o seu adoecimento teve repercussões de negligência em relação aos cuidados com o filho.

Assim, além dos distintos **sintomas do adoecimento** apresentados pela docente, chamo a atenção para o sentimento de impotência revelado por ela frente ao adoecimento, quando afirma: “às vezes, é irreversível, né? Você luta, luta [...] E não consegue! Você se sente mais frustrada”. Sentimentos de tristeza e desânimo governam a inteira subjetividade do professor adoecido, impossibilitando-o para as tarefas corriqueiras e imprescindíveis da vida:

Tristeza. A tristeza, o desânimo, vontade de não fazer nada [...]. Só ficava deitada [...]. A casa suja, o bebê sujo. Eu não alimentava [...]. Meu filho ficou bem magrinho. Fui chamada três vezes à escola dele, porque ele não conseguia produzir nada [...]. Porque de alguma forma todas as brigas e experiências que ele viveu foram também bem dramáticas para ele, então, esse acúmulo de negligências que eu fui desenvolvendo [...]. Não conseguia focar em nada [...] produzir [...]. Intelectualmente fiquei improdutiva [...]. Ainda estou lutando para tentar resgatar a minha vontade de produzir. Comecei uma pós-graduação há um ano [...] parei! Concluí a parte teórica, né? Me saí muito bem na parte teórica, mas a monografia [...]. A conclusão do trabalho eu ainda não consegui [...] elaborar o artigo científico, então, o prejuízo intelectual foi tremendo. Psíquico foi muito grande! Então, eu sei que todo e qualquer problema psíquico demora bastante pra você [...] [risos]. Às vezes, é irreversível, né? Você luta, luta [...] e não consegue! Você se sente mais frustrada.

Na perspectiva de Birman (2007), “o resultante disso é que a subjetividade fica diante de algo que a ultrapassa e que não pode dar conta. Diante disso, a posição do sujeito é de impotência, defrontado que está com algo muito maior do que ele” (2007, p. 115). O autor afirma que “uma das consequências-limite deste processo é a paralisia psíquica”.

A evolução do tratamento: a professora narra, detalhadamente, os seus sentimentos e como ainda é afetada pelo adoecimento em suas atividades cotidianas. Porém, avalia positivamente o tratamento, confessando: “eu andava em círculo”:

Ainda não consigo produzir [...]. Assim, alguma modificação nesse processo [...]. Ainda não consigo produzir [...], mas o humor já melhorou bastante. Já consigo rir, já consigo sair com meu filho, já consigo sentar para planejar um pouco na escola, que eu não sentava. Eu fazia tudo na arte do improviso e de alguma forma isso me frustrava também, porque todo trabalho tem que ter um planejamento. A gente tem que saber aonde quer chegar [...]. E eu não chegava a lugar nenhum [...]. Eu andava em círculo.

Ainda não sinto alegria plena! Na alma, no espírito. A mente divaga muito, ainda sofro com insônias. Tenho que tomar remédio para dormir e quando não tomo, não consigo dormir. Minha mente fica pensando, pensando, pensando [...]. Meu fluxo de pensamento [...]. Eu tenho um fluxo de pensamento absurdo. Parece que eu não desligo! Isso me cansa muito.

Pensamentos de frustração de onde estou que eu não deveria estar. Por que estou aqui? Por que eu cavei essa cova pra mim? E de alguma forma [...]. O que eu faço para sair dela? E [...] puxa! Eu tenho um filho que eu preciso cuidar [...]. Eu não estou conseguindo dar atenção suficiente. Isso me dá um desconforto tremendo. Todos esses pensamentos, essas constatações me dão um desconforto tremendo. Angústia e ao mesmo tempo apatia, bastante choro!

Esses relatos estão invadidos de sofrimento e de culpa por “não conseguir produzir”, por não “realizar o planejamento” necessário para o bom desenvolvimento do trabalho; sentimento de incompetência: “Me sinto incompetente! Eu não consigo realizar nada por completo. Tudo fica incompleto! Eu sei que eu deveria ser mais capaz de realizar atividades mais coerentes [...], com êxito maior [...] eu não consigo. Estou improdutiva”.

Para Ehrenberg (2010), gerenciar a si mesmo com a finalidade de atingir alto desempenho é uma demonstração de *pseudo* autonomia recompensada pela promessa de sucesso, felicidade e realização pessoal. Consequentemente, a depressão é a expressão patológica do fracasso do homem pós-moderno em ser ele mesmo. Esse esgotamento de si, segundo esse autor, não é o imperativo de obedecer apenas às cobranças internas, mas a pressão de desempenho para alcançar as metas impostas pelo sistema da *alta performance*.

A culpa assumida pelo fracasso da relação afetiva frustrada; os recorrentes e dolorosos pensamentos de frustração — “Onde estou que eu não deveria estar? Por que estou aqui? Por que eu cavei essa cova pra mim? E de alguma forma [...] O que eu faço para sair dela? E [...] puxa! [...] Ainda não sinto alegria plena! Na alma, no espírito” — apresentam-se como angustiantes questionamentos existenciais, em que a professora assume a inteira responsabilização pelo aparente sentimento de fracasso. Gaulejac (2007, p.15) destaca que essa nova prática de gestão produz paradoxos, e que essas ambiguidades colocam as pessoas sob pressão psicológica muito forte.

Entendo que as exigências apresentadas cotidianamente aos professores para acompanhar o processo de mudanças econômicas, sociais e subjetivas produzem dilemas autopunitivos por essa ideologia da *alta performance* e que recaem sobre os trabalhadores nos diversos setores da vida social produtiva, sob várias formas de mal-estar.

As percepções de Emanuela sobre a sua capacidade de sentir e de agir parecem aprisionar a sua subjetividade do lado de dentro e de fora, capturando sua liberdade dentro e fora para não viver e realizar suas funções de forma plena, tanto nos aspectos psicológicos

quanto no meio social, na ambiência da família e do trabalho. Assim questiono: Como entender esse aprisionamento? E retomando a reflexão da professora: o que fazer para sair dele?

Em sua busca por amparo e socorro Emanuela foi encaminhada ao Psicossocial – Casa do Professor —, pelo psiquiatra, para obter suporte psicológico complementar, onde permanece em acompanhamento.

Afetações decorrentes do adoecimento: Emanuela reconhece que o adoecimento afetou várias dimensões de sua vida, até reconhecer que estava “nadando para o nada”, “estagnada” e “bem adoecida”, quando decidiu cuidar-se:

Ah! Ele afeta em diversos aspectos. Na questão da carreira, né? Eu estagnei. Eu estou estagnada há mais de dez anos, desde que eu conheci o indivíduo [...]. O dito cujo [risos] [o esposo]. Desde que eu o conheci me dediquei exclusivamente a ele [...], a cuidar dele. Esqueci de mim, da minha carreira e quando me dei conta, percebi que estava nadando para o nada. Ele não tinha vontade de se tratar, de se curar, pelo menos, de se manter limpo, e era só eu que estava lutando por ele, então, às vezes, eu via acordar e dizer: “Agora chega! Vou cuidar um pouquinho de mim”. Mas, quando eu tomei a decisão já era um pouco tarde. Eu estava bem adoecida.

Eu sou muito desfocada, eu sou inconstante [...]. Uma hora estou bem animada para realizar um trabalho, um projeto e logo em seguida eu perco esse ânimo e entro novamente no mundo da apatia. Me sinto incompetente. Eu sinto incompetente, às vezes, puxa! Eu não consigo realizar nada por completo. Tudo fica incompleto!

Nessas narrativas, a docente expressa os seus sentimentos e estado de ânimo frente ao trabalho e às questões da vida, percebendo-se “incompetente e improdutiva”. Ela conclui a sua fala com a seguinte expressão: “é a sensação de felicidade frustrada que se estendeu em tudo na minha vida. Todos os aspectos, inclusive ao trabalho”. Essa “sensação de frustração” atribuída, em parte, à relação não bem-sucedida com o ex-marido, pois mesmo estando separados, ela diz: “mas ainda me sinto presa a ele”.

Eu não consigo me relacionar com outra pessoa. Eu não consigo gostar de outra pessoa. Eu não consigo me ver em outro relacionamento. Eu me isolei a esse estado de solidão, e de alguma forma eu acho que ainda idealizo um retorno com ele. Todo dia eu acredito que ele ainda pode reverter a situação, mas contra todos os argumentos contrários de médicos, de psicólogos [...] de que há uma esperança vã. Vivo o conflito entre a realidade e a idealização [...] a expectativa, a idealização e a realidade. Esse é o elo de todo sofrimento. De alguma forma ele se ramifica pra tudo.

Revela, com mais ênfase, o seu sentimento de conflito existencial, que, segundo ela, é isso que a faz sofrer: “vivo o conflito entre a realidade e a idealização [...] a expectativa, a idealização e a realidade. Esse é o elo de todo sofrimento”. Para finalizar as reflexões que a

história dessa professora me provocou, me reporto a Gaulejac (2007) quando adverte que, no mundo pós-moderno, há necessidade de uma “subjetividade fluida”:

A subjetividade deve estar preparada, portanto, para suportar os revezes da existência, momentos de expansão e de regressão, de crescimento e de decréscimo. É preciso aprender a enfrentar o fracasso, a adversidade, estar aberto a si mesmo e a outrem, ousar verbalizar suas fraquezas e seus temores [...]. Para enfrentar essa flexibilidade da ligação, ela favorece a eclosão de uma subjetividade fluida, capaz de simultaneamente de se mobilizar maciçamente e de se desinvestir rapidamente.

Assim, a “doença social”, discutida por Gaulejac, refere-se aos paradoxos cunhados pelo modelo de gestão atual e ao escamoteamento da “violência simbólica” (BOURDIEU, 2001) pela ideologia e regras do trabalho flexível. Assim, violência simbólica não põe em questão as condições de trabalho para o adoecimento do trabalhador, conduzindo-o para a autoatribuição subjetiva do seu próprio adoecimento.

6.3.3 Trajetória de Fátima⁹⁴: “frescura de professor que não quer trabalhar” – conflitos com a gestão e a desqualificação do professor.

“Tenho muito, muitos medos de tudo, de passar por tudo que eu já passei. O diretor já me perturbou demais”.

“Eu não tenho um “pingo” de vontade de estar na sala de aula. Eu tenho medo até de ir para a escola”.

“A depressão mata a alma, apaga tudo. Tua autoestima, você não a encontra mais”.

Fátima, 48 anos, nascida em Oiapoque, ainda criança mudou-se para Macapá. O pai é falecido, a genitora reside com a professora, tem oito irmãos. É docente do GEA há 24 anos e atua na mesma escola há 19 anos, trabalha com a 3ª etapa da EJA. Graduada em Letras pela Universidade Federal do Amapá, está afastada de sala de aula e possui o diagnóstico de Depressão, Síndrome do Pânico e *Burnout*.

Fátima diz que tudo pode ter iniciado com a perda do pai, porque foi muito difícil para a família e “desestruturou muito”. Ela se tornou o ponto de apoio da família: “passei a segurar o pepino muito tempo, por causa, da minha mãe para ela não entrar em depressão, e, quem acabou entrando fui eu”. Viveu um relacionamento de cinco anos, do qual teve um filho.

O ex-marido é professor na mesma escola em que a professora trabalha. “A gente se separou devido a traições e isso acabou comigo mesmo”. Diz que, à época, foi complicado,

⁹⁴Foram realizadas três entrevistas com Fátima: a primeira em março de 2014 às 09h00min (1 hora e 15 minutos de duração); a segunda em 22 de maio de 2014 às 08h30min (30min) e a terceira em junho de 2015 com 40 minutos.

mas atualmente “[...] a gente age como se fôssemos amigos. Trabalhamos na mesma escola. Já tivemos muitos problemas que me levaram a chegar nesse extremo todo que eu estou”.

Fátima conta que depois desse relacionamento afetivo não se vê mais casada porque gosta de viver “sem pedir permissão”, e justifica:

Não casei, e não quero casar no momento [...]. Foi o último. Por enquanto. Eu posso até arranjar alguém, mas depois [...]. Eu não quero. Eu não me vejo mais casada, dando satisfação da minha vida pra ninguém. Eu sempre gostei da minha liberdade, talvez, tenha sido isso que não deu muito certo, porque eu gosto de fazer aquilo que eu tenho vontade sem pedir permissão pra nada, para ninguém. Mas, no momento eu não penso em casar de novo. Eu não penso em arranjar ninguém. Eu penso em viver a minha vida. Curti o que eu ainda não curti ainda.

Trajetórias, queixas, percepções e frustrações com a docência. Sobre a sua trajetória docente, Fátima inicia relatando a paixão pessoal ao magistério, “bom, eu amo a minha profissão”, mas, logo, reformula a frase e fala no passado, “eu já amei muito a minha profissão”, e revela as várias insatisfações: com os gestores que deixam a desejar, humilham, manipulam e deixam o docente mais doente, segundo a sua opinião; as escolas estão largadas, falta de materiais, apoio e segurança, entre outros problemas afins.

Bom, eu amo a minha profissão. Eu vou usar essa palavra “eu já amei muito a minha profissão”, já trabalhei com toda a garra, com todo o gás, vontade, mas agora no finalzinho, devido tantos problemas, também a qualidade de diretores que estão indo para a escola. Eles estão deixando muito a desejar. Eles estão indo não para trabalhar, mas para manipular, humilhar, perturbar, pra deixar o professor mais doente do que ele já é, então, isso de uns cinco anos pra cá tem me deixado muito angustiada. Isso contribuiu também para que eu chegasse ao ponto que eu cheguei.

Então, a educação já foi boa aqui no Amapá. Já foi muito boa, tanto é que eu escolhi essa profissão, porque eu achava maravilhosa. A minha mãe é professora. Ela queria que eu fosse. Então, eu fui e gostei, mas hoje em dia se fosse pra eu escolher eu jamais escolheria a educação. Jamais! Eu estou muito insatisfeita com tudo. As escolas estão largadas. Não temos material, não temos apoio e segurança em nada. Pelo menos, eu estou falando da escola em que eu trabalho.

Fátima menciona, além da insatisfação atual com a profissão, que a escolha da docência foi influenciada pela vontade da mãe, e também porque se identificou com a profissão, mas revela que, atualmente, “jamais escolheria a educação”, pois se sente “muito insatisfeita” com tudo, devido à situação de precariedade das escolas. E cita, além desses dissabores, o problema da violência escolar que, a seu ver, causa preocupação e medo nos docentes:

São muitas as queixas contra a escola [...], mas a mais grave hoje é essa: ver a violência dentro da escola. A gente não está tendo apoio. Ontem aconteceu uma situação [...] eu não estava na escola eu só ouvi o comentário. Um aluno arrancou o bebedouro do terceiro andar e jogou de lá. Se tivesse alguém embaixo tinha morrido,

e até agora não descobriram quem foi que jogou. Ontem, eu acho que o mesmo grupo esmurrou as janelas [...], só que o menino errou e abriu a mão dele, que apareciam os ossos da mão [...]. Então, são situações que vai deixando a gente [...] Eu tenho até medo de ir pra escola já.

Uma professora novata lá ia apanhando de uma aluna, que já foi minha aluna. Ela realmente é violenta essa menina. Então, ela não respeita ninguém. A professora foi dizer que não podia usar o celular em sala de aula [...].

O diretor quer agir por conta própria. Por mim chamaria a polícia e entregaria, mas ele quer resolver com as próprias mãos. Ele acha que ele é o “bambambã”, o “super-herói”, e lá é muito perigoso. Eles não se intimidam com nada. Com nada mesmo. Ontem ele entrou com o maior grito dentro da sala falando com o aluno “Tu podes ser o [...] lá fora [...]” [ruídos]. Sim. “Tu podes ser tal coisa lá fora, mas aqui dentro quem manda é eu. E eu vou te expulsar daqui. Você não merece está em uma escola”, então, são situações assim que vão deixando a gente [...].

Está demais a violência. Eu vinha saindo, meu filho estava me esperando na frente bem no portão. Eu vinha com duas sacolas que eu havia levado, o menino veio atrás de mim pensando que eu ia andando. Ele parou atrás de mim e encostou na minha perna com a bicicleta, aí os outros que estavam lá ficaram rindo e o meu filho saiu na porta do carro e ficou olhando pra eles, aí ele viu o tamanho do meu filho, pegou e virou sem graça, e eu entrei no carro.

A docente considera que a violência é um fato na cidade de Macapá, e, além disso, muitos dos alunos não querem estudar, muitos deles “são meninos de gangue” que se infiltram nas escolas e os professores ficam sem proteção, por isso muitos professores não sentem mais vontade de estar em sala de aula:

Isso é uma “onda” que está na cidade, que eles não querem mais estudar. Ninguém quer mais estudar. São poucos os que querem, os que estão ali são meninos de gangue. Eles vão pra lá [escola], justamente para infiltrar, pra fazer a bagunça dentro da escola, entendeu? Então, é difícil lidar com esse pessoal. É muito difícil.

A gente não pode [...] A lei aqui do nosso país é estranha, porque dá cobertura para bandido. O professor morre, a pessoa do bem morre, e o bandido fica solto [...]. Eu não sei como é isso! Eu disse ontem para o diretor, “graças a Deus, porque eu não aguento mais está em sala de aula não”. Eu não tenho um “pingo” de vontade de estar na sala de aula. Eu tenho medo até de ir para a escola.

A professora evidencia as contradições da lei brasileira, que garante direitos a menores, e confirma que o medo de ir à escola fragiliza ainda mais a sua saúde e fortalece a ausência de desejo de retornar à sala de aula:

Eu não tenho vontade mais de vim pra escola. Se eu pudesse arrumar alguma outra coisa pra fazer eu faria, mas eu estou com medo de ir pra escola, e isso está me prejudicando mais ainda. Eu venho de lá pior do que eu vou daqui de casa.

Está afetando, porque o psiquiatra disse pra eu evitar assistir o jornal, porque, passa muita cena violenta. Pra eu não estar assistindo filme de violência, porque isso contribui muito para eu ficar pra baixo, então, eu não vejo jornal, mas eu chego à escola [...]. Eu vejo a situação. Olha ontem [...] O menino com a mão cheia de sangue aparecendo os ossos. Eu vim de lá horrorizada, quase eu não durmo. Eu digo

“ah, não!” isso pra mim já basta. E, eu não quero, eu te juro que eu não quero mais ir pra sala de aula. Eu não tenho mais nem como voltar para uma sala de aula.

Percebo que a professora se mostrou ansiosa ao relatar esses fatos e tornou a repetir: “tenho muito, muito medo de tudo. E de passar por tudo que eu já passei. O diretor já me perturbou demais”; referindo-se à conduta do gestor escolar, na ocasião do seu adoecimento. E em continuidade a esses relatos associados às problemáticas citadas, ela também se refere à decepção pessoal com a educação e à ausência de vontade para continuar a se dedicar à profissão docente: sua fala parece contundente quando se refere a esse aspecto:

Nenhuma. [Risos]. Nenhuma. Eu não tenho vontade mais. Se referente a isso eu não quero nem saber. Nada! Isso, que nada a ver [...]. Eu não quero nada que seja com relação à educação. Eu não quero mais. Eu não quero. Eu estou decepcionada. Eu não sinto vontade. Com tudo. Tudo que tu possas imaginar de ruim que pode me afetar [...]. É tudo o que eu sinto.

A docente está afastada da sala de aula há um ano e meio porque depois que adoeceu “vivia dopada⁹⁵” e não tinha condições de atuar em sala de aula. No momento, ela está trabalhando na sala de leitura.

Esse ano, desde o meio do ano pra cá, quando eu adoeci, eu estou afastada de sala de aula. Eu estou na sala de leitura este ano. Ano passado eu fiquei na escola, porque eu ia e não ia. Eu vivia dopada. Eu não tinha condições de ir para a escola. Estava séria a minha situação. Eu ia lá assinava meu ponto e vinha embora, porque eu não tinha condições de ficar sentada lá. Eu dormia [...].

Fátima conta que sempre trabalhou com a EJA (Ensino Fundamental II). As turmas tinham em torno de 47, 48 até 50 alunos por turma. Na terceira etapa estão a 5^a e a 6^a séries e na quarta etapa, as 7^a e 8^a séries. “Eu já trabalhei com as duas etapas, mas ultimamente, eu só trabalhava com quarta etapa. Que corresponde a 7^a e 8^a série. Com carga horária de 40h semanais. Desde quando eu me tornei professora”.

Relata que, antes de adoecer, tinha uma rotina muito ativa de trabalho e participava de todas as atividades escolares:

A minha rotina era chegar à escola, assinar o ponto e seguir para minha sala. Sempre foi assim. Na hora do intervalo o pessoal se reúne, às vezes não, eu ficava em sala de aula quando eu tinha atividade para corrigir eu ficava em sala de aula, mas normal. Agora sempre participei de tudo na escola. Sempre!

Era eu quem fazia mural, eu quem fazia brindes, ajudava na ornamentação. Tudo que eu podia, eu fazia na escola. Sempre fui assim [...] muito ativa. Sempre fui. Participava de tudo e se não tinha festa, eu promovia festa só para estar reunindo com todos os amigos. Sempre fui assim.

⁹⁵Referindo-se ao uso de psicofármacos.

Chegava abraçava, beijava [...] Eu era chamada “Maria do abraço”. Chegava eu tinha que abraçar todas as pessoas até quem eu não conhecesse eu abraçava, dava um bom dia. E assim eu ia. Era assim minha rotina.

A história do adoecimento de Fátima tem, como queixa inicial registrada em seu prontuário clínico, as seguintes anotações:

Pressão alta; falta de ar e descontrole emocional; em 2012 teve muitas perdas familiares [luto por duas tias e o genitor]; problemas familiares; isolamento social; tremores no corpo; sufoco; fadiga e sensação de desgaste; pólipos na garganta; falta de apetite.

Percebe-se, nesses registros, uma diversidade de sintomas clínicos que evocam possibilidades de adoecimentos que envolvem a sua subjetividade como um todo.

Ao passar pela avaliação psiquiátrica e psicológica Fátima recebeu o diagnóstico de depressão, Síndrome do Pânico e *Burnout*. As manifestações do adoecimento incluíram alterações no comportamento, no humor e perda do desejo de entretenimento, irritabilidade, cansaço, falta de ar, entre outros. Fátima detalha as alterações de sua forma de ser e relata como aconteceu sua primeira crise de pânico:

Eu sempre fui uma pessoa muito alegre, extrovertida, brincalhona. Gosto de dançar, de brincar, adoro uma bagunça sadia, né? E, ultimamente eu fui percebendo que eu não me juntava mais com meus amigos. Eu já não sorria, eu já não brincava mais com os meus alunos, que eu vivia brincando.

Então, eu fui... Uma vez uma amiga minha falou pra mim... Ela me chama de [...]. Ela disse: “[...], tu estás muito estranha. A gente faz as festinhas tu não ficas mais entusiasmada para colaborar, pra participar”. Eu disse: “não, eu estou cansada”, então, eu achava que era um stress, um cansaço, e não dei muita importância e aqui em casa eu brigava com os meus filhos. Por uma besteirinha eu desabava. Eu fui nessa situação, e quando, eu caí na real. Começou a me dar palpitações, e falta de ar. Alguns meses eu vinha sentindo que eu engolir a saliva, a minha respiração parece que tapava.

Fátima continua narrando com detalhes o seu mal-estar durante a crise caracterizada pelos sintomas de pânico (sufocamento, tremores, sensação de morte, etc.):

Mais evidente, que isso foi me chamando a atenção. De madrugada eu acordava parece louca, abria a janela, o meu filho “mamãe o que você vai fazer?” “Meu filho eu estou com falta de ar”, e eu achava que eu ia morrer com falta de ar, eu deitava sentia falta de ar. Quando foi um belo dia na missa da minha tia [...], que a minha prima estava aqui, eu fui. Eu estava me sentindo mal já. Foi quando foi no meio do caminho, começou a me dar falta de ar, e “Rita eu não vou aguentar” [pessoa que a acompanhava], a igreja toda fechada e no ar condicionado.

Eu disse “pelo amor de Deus, eu quero sair daqui”, eu comecei [...] parecia que o mundo estava girando, sabe? Eu saí. Elas me levaram lá pra frente, pediram um pouco de água, eu tomei, mas aquilo cada vez pior. E, eu disse “eu quero ir pra casa”, “meu filho vem me buscar que eu estou passando mal”, aí ele veio, e a mamãe fez um chá. Não minto.

Aí eu tomei água fui embora me deitar. Começou a me dar e começou forte, aí eu levantei e disse para o meu filho: “filho me ajuda, eu não estou passando bem”. Aí ele pegou água pra mim e começou a me abanar. E eu “me ajuda pelo amor de Deus, eu não sei o que eu estou sentindo [...]”, cada vez mais forte, e eu comecei a tremer. Eu tremia professora [...], eu não conseguia controlar [...]. Eu dizia: “eu não vou aguentar”, eu sentia que eu ia morrer, sabe? Uma sensação de morte.

Eu disse “mãe eu não vou aguentar”. “Eu estou com dificuldade de respirar”, o ar faltava, parece que tapava. Era uma época assim sem dinheiro. Eu não tenho plano de saúde. Eu estava com R\$ 100,00 e a mamãe com R\$ 150,00. Ela me deu. Era o dinheiro que a gente tinha. Eu fui para o São Camilo.

No hospital, o médico generalista a orientou para procurar o psiquiatra: “eu não estou dizendo que você está doida”, disse, explicando-lhe que os problemas do cotidiano também causam transtornos:

Aí chegou lá o médico olhou pra mim e disse: “problema de coração não é”, eles conhecem né? “Eu vou te dar um remédio”, eu disse: “mas essa falta de ar doutor?”, ele disse “um pouquinho de oxigênio. Só um pouquinho”. Mas, eu achava melhor você procurar um psiquiatra. “Eu não estou dizendo que você está doida”, ele disse. “Tenha calma, porque os problemas do dia a dia causam transtornos na gente, então, você está com mais aspectos de que está com esses transtornos psicológicos de preocupação, de muito trabalho dessas coisas [...]”.

A professora relata que após a crise sentia-se apática e ficou uma semana sem “sair do quarto, sem querer conversar com ninguém”. Quando se sentiu mais fortalecida foi à escola e o diretor a chamou e a informou que havia sido devolvida para a SEED por que não havia apresentado documentos que atestassem a sua doença.

Aí eu fiquei assim [...]. Ele passou e eu dormi. Eu não tinha vontade mais pra nada. Eu fiquei acho que uma semana no meu quarto. Eu não queria conversar com ninguém. Então, quando eu melhorei, que eu voltei para a escola. Fui dar aula, eu tinha uma turma só. Eu pedi, porque eu estava me sentindo mal, né? Aí ele [diretor] me chama que eu tinha sido devolvida, que eu não tinha documento.

Fátima diz, ainda, que naquele momento ficou “fora de si e chorou muito”. Foi necessária a interpelação de uma colega, solicitando um prazo. O diretor, então, concedeu-lhe o prazo para a apresentação do “documento” comprobatório de adoecimento. A docente realizou a consulta psiquiatra para obter o documento ensejado para comprovar o seu adoecimento e instrumentalizar-se frente às intimidações e ameaças de devolução.

Em posse do atestado e do laudo psiquiátrico a docente sente-se empoderada e instrumentalizada para colocar-se em situação privilegiada quanto ao poder hierárquico e biopolítico exercido pelo gestor escolar, ao ponto de evocar forças para externar sentimentos silenciados durante a cena quando o gestor a ameaçou de devolução. E Fátima declara:

Eu falei pra ele. Ele disse “não, Fátima, foi pressão do partido”. Eu disse: “eu quero que o partido se dane!”. Eu disse pra ele: “Porque, a gente tem que pensar no que é melhor para a escola, o professor, o aluno, o nosso ambiente de trabalho. Partido só quer dinheiro, eu isso pra nós não é muito válido”.

Eu falei muita coisa, eu fui preparada. Eu o deixei lá embaixo. E ele refletiu. Ele ficou preocupado, que ele veio pedir ajuda para o marido da minha prima que é assessor dele lá. E, veio conversar comigo aqui. Eu disse: “eu falei a verdade”. Ele não falou a verdade no dia que ele me [...] então, pronto. Ele tem que saber ouvir também, ele só quer falar, então [...] daí [...].

É perceptível que o diagnóstico e a documentação clínica fornecida pelo médico psiquiatra não somente ratificam o adoecimento, como também empoderam a professora, dando-lhe “poderes” para afirmar sua condição de direitos frente à gestão escolar, fazendo-a sentir-se segura e confiante para expressar sentimentos sobre a advertida desvalorização do docente, no ato de seu adoecimento.

Em relação à experiência pessoal e às percepções sobre o próprio adoecimento, a professora declara: “porque a depressão é uma doença do século, ela está no nosso espírito. É o espírito que enfraquece. [...] eu sempre costumo dizer que a depressão é um tipo de câncer, e quanto mais grave [...]. Quando você percebe você está no escuro sem poder enxergar nada para sair”. E Fátima apresenta, assim, o conjunto de mudanças comportamentais decorrentes e vivenciadas:

Depois desses sintomas, fui mudando. Eu não queria mais participar de nada. Você não sente vontade para nada. Eu gostava tanto de dançar aqui em casa, todo fim de semana a gente fazia uma brincadeira. Eu [...] quando falava em festa eu dizia “to fora!”. E, eu ficava com raiva quando eu via muita gente aqui. Quando percebi que estava doente, eu acho que uns sete meses mais ou menos, que eu vim assim perceber em mim mesmo, já vinha acontecendo tudo [...] isolamento social, tristeza, pensamentos negativos, medo [...] a ponto de não controlar [...]. De um tempo pra cá. Há dois anos pra cá, mais ou menos, eu já não tinha essa vontade. Eu não tinha nem vontade de ir para a escola. Eu chegava à escola e não falava quase com ninguém. Eu só dava boa noite e me sentava em um cantinho. Eu nem ia mais para a reunião da escola, eu me sentia mal no meio de muita gente, eu não conseguia. Comecei a sentir medo das pessoas [...]. Quando você tem família, você tem um alicerce como eu tenho aqui você ainda consegue se reerguer, mas quando você não tem uma família, um alicerce, uma coisa para te dar aquela força, é difícil! Eu já vi pessoas se acabarem.

A docente conta que ocorreram diversas situações de dor na família, inclusive eventos de perda, que a afetaram muito e que talvez tenham cooperado para o seu adoecimento. Segundo a professora, era ela quem cuidava de tudo, na família, “eu sempre à frente de tudo”, até começar a perceber sintomas de fraqueza e pensava: “Eu não sei até quando eu vou aguentar, eu estou sentindo meu corpo fraco”. Essa sensação era percebida como estresse: “Isso é estresse minha filha”, até descobrir que estava doente:

Então, depois que aconteceu tudo isso eu vim descobrir que eu estava muito doente e não sabia e eu comecei a me distanciar. Eu faltava na escola e não dava satisfação a minha mãe dizia [...]. Eu dizia mãe não quero saber de escola, não quero saber de nada. Eu mudei. Até eu dizia [...] eu não sei o que eu tenho. Eu não consigo fazer o que eu fazia antes.

A docente relata que foi necessário o médico generalista insistir para que ela realizasse uma consulta com o psiquiatra, afirmando que ela estava com uma depressão muito severa. No entanto, devido a sua resistência pessoal referente a essa especialidade médica, revela que foi ao psiquiatra somente após uma crise sofrida no interior de uma agência bancária:

Eu fui ao Banco resolver um problema lá. Aí eu entrei na fila na parte de dentro. Aí eu comecei a olhar e me deu a síndrome do pânico. E eu comecei a olhar e me desesperar, aí me deu vontade de gritar dentro do Banco e pedir socorro, e aquela coisa foi me agonizando, e minha respiração foi tapando, foi me sufocando aí eu queria engolir a saliva e não conseguia aí eu só fiz chamar o segurança e caí [...]. E eu disse: “eu vou enfartar” aí me dava aquele aperto, eu queria falar e não conseguia, eu queria tomar água e não conseguia [...].

Nesse dia, levada ao pronto atendimento do Hospital das Clínicas de Macapá, depois de algumas indagações o médico lhe disse: “Você está com uma depressão muito forte, você precisa se cuidar, eu lhe aconselho a procurar um psiquiatra”. As sugestões do médico provocaram-lhe fortes reações de choro:

Aí eu chorei, nesse dia eu chorei, chorei, chorei... Parece assim que o mundo ia desabar pra mim, mas eu vim de lá aliviada. Aí eu segui o caminho que ela me orientou. [...] aí depois que eu comecei a ir com o psiquiatra que eu tomei os remédios durante uns dois meses, aí depois eu parei e voltei a sentir tudo de novo. Aí agora eu continuo tomando. Ele disse que enquanto eu não melhorar, eu não posso parar.

Dos relatos de suas crises Fátima retorna a conversa sobre a traumática ameaça de devolução feita pelo diretor escolar, e menciona o tratamento no Casa do Professor (iniciou o tratamento em junho de 2013, ainda quando era o Psicossocial), dizendo que não teve uma experiência positiva com o acompanhamento na Casa do Professor. Relata a ocorrência de alguns fatos que a levaram a desistir do acompanhamento e a buscar ajuda psicológica fora da Casa.

Quando eu marquei a consulta com ele era num sábado. Na sexta-feira eu estava com uma turma só que eu pedi para o meu diretor. Ele se dizia amigo. Né? E eu disse “por favor, me deixa em uma sala só. Eu não quero deixar de dar aula, porque eu vou ficar pior. Me dá uma turma até eu melhorar”.

O diretor, nesse dia na sexta-feira eu fui pra dar aula. A minha consulta seria no sábado com o psiquiatra. Ai quando eu cheguei lá, eu passei direto pra sala, aí foram me chamar para que eu fosse lá com o diretor. Aí eu disse: depois da minha aula. E ele disse “Não, é pra você ir lá agora!” Eu disse: “Depois da minha aula! Eu vou depois da minha aula!”. Então ele foi embora, e depois voltou e disse: “Fátima é pra

ti pegar o teu material e descer que tu não estás mais na escola. Tu não fazes parte do quadro da escola”. Aí isso acabou comigo. Eu disse: Tudo bem! Eu tremia.

Na frente dos alunos e eles questionavam: “Professora, a senhora está bem?” Eu disse: “Eu preciso de alguém pra descer comigo”. Aí eu desci, os meninos vieram comigo e diziam: “Por que, professora, a senhora não está mais na escola?” Eu disse: “Não sei, eu vou saber agora”. Aí eu desci e ele foi muito arrogante comigo.

Em seus relatos, Fátima informa que havia apenas iniciado o acompanhamento no Psicossocial quando uma profissional psi foi à escola e informou ao diretor que o tratamento dela estava concluído, estando apta para retornar à sala de aula. Ela deveria ficar com uma carga horária de 25 h/a ou ser devolvida à SEED.

Aí foi onde tudo começou referente à Casa do professor. Eu cheguei lá e ele disse que uma psicóloga tinha ido até a escola dizer que eu já tinha terminado meu tratamento, sendo que eu havia começado meu tratamento um dia antes lá. E que eu já estava apta a voltar pra sala de aula. Que deveria pegar 25 h/a porque eu estava boa, eu não estava doente mais e que era pra ele me colocar com 25 aulas ou então me devolver para a Secretaria da Educação.

Esse episódio gerou intenso mal-estar em Fátima e corroborou para a construção de representações negativas sobre o acompanhamento na Casa do Professor, levando-a à decisão de interrompê-lo:

Aí eu disse: “Com que direito ela falou isso, se ela não é a minha psicóloga?” E ela não tem esse direito de falar. E ele disse: “Mas ela falou que tu estavas apta e que tu não tinhas nada. Que já era pra você ir pra sala de aula”.

Tudo bem! Ela falou isso? Você me devolveu? O que você colocou aí [referindo-se à carta de devolução]. E ele colocou “problemas pessoais”. Ele não colocou o problema. Ele colocou “problemas pessoais”. Eu disse: Tudo bem! Me dê essa carta aqui. Peguei a carta.

Nesse dia eu não consegui falar nada. Eu simplesmente bloqueei. Aí a minha colega foi que veio e disse ao diretor: “tu não podes fazer isso. A professora Fátima está doente e precisando da nossa ajuda”. E ele disse: “não porque isso e aquilo”. Ela falou aqui [...]. E ela que é a chefe lá da psicologia e tudo mais. “Pois amanhã Fátima tem consulta com o psiquiatra, e é amanhã que ela vai diagnosticar, ela não é psiquiatra”.

Ele disse: Tá bom! Eu vou te dar um prazo até segunda-feira, senão ela está devolvida. Aí nesse intervalo na segunda-feira eu fui ao psiquiatra no sábado e no intervalo da segunda-feira eu fui à ouvidoria. Eu fui ao sindicato dos professores e ia entrar com uma ação contra ele por assédio moral, danos morais [...]. Tudo que havia direito [...]. E eu ia ao conselho de psicologia denunciar a psicóloga. Porque o que ela fez foi antiética. E eu não admito isso aí. Isso eu não engulo até hoje. Isso é uma coisa que está me corroendo aqui.

Esses relatos suscitam-me as seguintes indagações: como as práticas de tratamento podem colaborar para a afetação do adoecimento e ao mesmo tempo revigorar o “doente” para se impor contra a negação do seu mal-estar? Qual o simbolismo do atestado e do laudo para o professor adoecido?

Aí eu cheguei com ele e falei na segunda-feira e disse: Está aqui meu atestado. Se você quiser me devolver. Está aceita a devolução, mas está aqui o documento que o psiquiatra falou. Se você quiser uma cópia eu te dou. Aí ele pegou olhou [...]. E eu disse: “a outra coisa [...] o que tu me falares agora não adianta nada! Quem vai falar sou eu pra ti. Tu vais sentar e vai me ouvi”. Aí eu desabafei! Falei tanta coisa pra ele [...].

Eu disse que ele era covarde, porque ele agiu de má fé na “surdina”. Por que ele não me chamou? Não conversou? E não perguntou o que eu estava sentindo? O que estava acontecendo comigo?

Eu disse: “você como um diretor, você é um zero esquerda. Como professor talvez seja pior ainda”. E ele: “sim o que está acontecendo [...]”. Aí, eu falei tanta coisa que eu nem lembro mais. Eu chamei tanta coisa pra ele e fui buscar os meus direitos. Quando eu disse que eu tinha jogado ele na justiça, ele murchou. [,,]. Eu disse: “olha, diretor tu acabaste com a minha carreira no finalzinho”.

Esses relatos expressam sofrimento e mágoas contra a atitude do gestor escolar pela falta de reconhecimento do seu adoecimento, principalmente ao atinente às expressões mencionadas pelo diretor: “É frescura dela, é frescura de professor que não quer trabalhar”.

Nessa trajetória percebe-se o desencanto com a profissão docente. O adoecimento aparece como a somatória de fatores associados às questões familiares, existenciais e profissionais, entre os quais o conflito decorrente da conduta do diretor escolar frente ao adoecimento da professora, ao determinar a devolução da docente na presença dos alunos, piorando ainda mais o estado emocional de Fátima.

Observa-se também o poder do atestado, ou do laudo médico, como instrumento de legitimação do adoecimento docente, pois garante direitos ao professor, inclusive o de mantê-lo fora da sala de aula, e também lhe atribui poderes para confrontar o poder do gestor.

Outro ponto examinado na trajetória dessa professora refere-se à sua experiência não bem-sucedida com o tratamento proposto no dispositivo de atenção psicossocial, inferindo que essa instituição exerce um controle, e o considera um mecanismo de “fiscalização” sobre a “verdade” ou a “mentira” do mal-estar docente. Considerando-se que quando o adoecimento docente vem sendo desacreditado e/ou deslegitimado por parte de profissionais que cuidam dos professores e professoras ou de outras instituições envolvidas, o tratamento poderá não cumprir satisfatoriamente seus objetivos, e sim constituir-se em mais uma forma de intensificação do sofrimento psicológico do docente.

A reação da professora aos eventos citados aparece como um grito de luta pelo auto reconhecimento e respeito pessoal, como acredita Honneth (2015, p.137), fundamentado no pensamento de G. H. Mead a esse respeito:

o “auto respeito” refere-se à atitude positiva para consigo mesmo que um indivíduo pode adotar quando reconhecido pelos membros de sua coletividade como um determinado gênero de pessoa. [...] o grau de auto respeito depende da medida em que são individualizadas as respectivas propriedades ou capacidades para as quais o sujeito encontra confirmação por parte de seus parceiros de interação; visto que “direitos” são algo por meio do qual cada humano pode saber-se reconhecido em propriedade que todos os outros membros de sua coletividade partilham necessariamente com ele [...].

Nessa perspectiva, o laudo, ou o atestado médico, assume a função de legitimação médica, administrativa, jurídica e social do adoecimento docente, garantindo não apenas direitos, mas respeito e “reconhecimento” perante a comunidade escolar, pois o sofrimento psíquico não é considerado doença no ambiente de trabalho, como afirma Dejours (1991, p.121):

O sofrimento mental e a fadiga são proibidos de se manifestar numa fábrica. Só a doença é admissível. Por isso o trabalhador deverá apresentar um atestado médico, geralmente acompanhado de uma receita de psicoestimulantes ou analgésicos. A consulta médica termina por disfarçar o sofrimento mental [...] *mas a medicalização visa, além disso, a desqualificação do sofrimento, no que este pode ter de mental.* (Grifos do autor).

Portanto, sob a ótica de Dejours (1991), o sofrimento mental não tem o direito de existir no local de trabalho. “Somente uma doença mental caracterizada permitiria a aquisição de um *status* de invalidez”. Dessa forma, “o medo de ser inadequado não pode absolutamente ser considerado uma doença mental”. Na visão desse autor, a única saída é, então, a “medicalização do medo”, e com isso a persistência de cefaleias, vertigens, problemas visuais, etc., servindo de apelo e de apoio à medicalização (p. 124-125).

6.3.4 Trajetória de Gabriel⁹⁶: “Porque educação é isso: nós temos que ter energia: mas eu perdi o meu brilho”

“Nós queremos os verdadeiros aplausos, em conjunto”.

“Essa solidão me assombra e me acompanha desde que eu nasci”.

“[...] eu perdi um pouco do meu brilho, né? A gente perde. Engraçado que as drogas nos levam para esse olhar mesmo da discriminação mesmo, do afastamento. Eu perdi muita gente boa na época, por causa desse meu envolvimento”.

Gabriel, 42 anos, casado, graduado em História pela Universidade Federal do Amapá, professor do GEA há 21 anos e 14 anos no SOME. Migrou para o Amapá em 1992. Não informa o tempo exato de tratamento na Psicossocial, porém, relata que já está há bastante tempo: “Deixa eu ver [...] Eu já estou há um bom tempo já [Risos]”. Nasceu no interior do

⁹⁶Realizei três entrevistas com o prof. Gabriel.

Pará, de família numerosa, 17 irmãos, dos quais morreram nove e oito estão vivos; declara-se afrodescendente. Saiu de sua cidade aos sete anos de idade, foi para Belém, onde a sua genitora trabalhou como doméstica. Gabriel conta que, em Belém, sua mãe conheceu um senhor, “que foi um cara que caiu do céu”, porque foi ele quem colocou a “negralhada” pra estudar, diz, evidenciando a sua capacidade de auto superação social e intelectual:

Desses oito filhos o único que conseguiu se formar, o menor, mais negrinho, fui eu. Hoje eu sou a maior referência para minha família. Tanto na ajuda como na questão da formação mesmo. É pra mim, obviamente, é uma satisfação muito grande. Uma estória de superação muito linda.

Logo no início da entrevista, Gabriel fala com entusiasmo sobre o seu trabalho no interior do Amapá e suas experiências docentes que desenvolve através do Modular, como ele descreve em sua trajetória docente:

Tem que ter esse olhar melhor, né? E, no Maruanum, puxa! Esse trabalho com a 8ª série foi uma delícia, porque eles tiveram toda uma abertura mesmo legal. Eu lembro que eu estava dando aula com esse meu jeito carinhoso, bacana, de dialogar com meu aluno, de procurar entendê-lo melhor e tal. E aí teve um aluno que perguntou se eu era homossexual. Eu achei interessante! Peguei na mão desse aluno e disse: “Porra, cara! Legal. Tá vendo como é bacana, quando vocês participam, quando vocês fazem suas perguntas”. E, eu acabei dando uma aula sobre homofobia [Risos], em cima desse propósito do meu aluno.

Mas foi um trabalho assim muito gratificante. Parece que esse trabalho que fez eu me olhar melhor como profissional. Entendeu? Eu digo “Caraca! Valeu à pena a gente está aqui atuando como professor” lidando com vidas, né? E ter por trás toda uma responsabilidade. E isso com prazer. É, esse compromisso com a educação, tem que ser assim [...]. Buscar investir nos alunos, modificar a realidade deles [...]. O caminho da roça desses caras está pronto como se o cara não tivesse condições também de ter uma ascensão.

Gabriel narra sobre o seu prazer de trabalhar no Modular, mas também apresenta algumas frustrações associadas a isso, por exemplo, a ausência de reconhecimento profissional:

O que me frustra dentro do Modular é esse trabalho isolado de determinados profissionais. Nós temos bons professores dentro do sistema atuando, fazendo trabalhos belíssimos. Ainda agora, eu estava com a professora [...], que é de artes. Nossa! Aquela mulher fez um trabalho ali lindo, e ela já vem fazendo um trabalho bacana dentro da arte, e fazendo o aluno dialogar com a arte, se sentir como arte. Muito legal!

Então, só pra você ter uma ideia assim de professores bons, compromissados, responsáveis, competentes mesmo, que estão no sistema. Mas, não há esse reconhecimento, assim por parte da própria coordenação, entendeu? Às vezes, tem assim os problemas que há né? Às vezes, nós temos colegas que o comportamento deles tanto bom quanto bêbado é ruim.

Às vezes, quando tem que se chamar, digamos assim, esse professor. Chama-se sempre dentro de uma ideia de generalização. Como se todos os professores se comportassem daquele jeito. E, aí que eu te digo: se de repente tivesse um olhar bacana, principalmente pra esses que “sobem a ladeira” do Ensino Modular, que são os caras que fazem a diferença, que estão comprometidos com o trabalho mesmo. Porque os que não fazem que se evidenciam mais.

É uma das minhas frustrações. Fica assim um resultado só entre o profissional e o aluno. Não há aquele olhar do todo, entendeu? Isso também é uma energia bacana. Claro que a energia do aluno é fundamental, mas cadê o olhar da minha coordenação? Cadê da minha gestão, da minha gestora? Do meu gestor? Dos pais desses alunos.

Há uma ausência desse reconhecimento. Emocionalmente fica uma frustração. Fica incutida uma frustração, porque nós queremos mais, nós queremos os verdadeiros aplausos em conjunto, mas fica esse aplauso só no nosso aluno mesmo. E dependendo muito de como vai desenvolver o teu trabalho, porque se você desenvolver um trabalho só pra você aí que piora a situação. O isolamento ia ser pior, por isso que há a necessidade desse desdobramento para que você tenha pelo menos o aplauso do teu aluno ali.

Entretanto, para o professor o reconhecimento dos alunos o fortalece e o alimenta para permanecer ativo no Modular: “Isso me mantém [risos]. Isso me mantém, entendeu? E, aí fica [...] É. Isso alimenta. Isso faz com que você continue. Me fortalece para continuar”. Sobre as dificuldades no desenvolvimento do trabalho no Modular, o professor aponta: a falta de interdisciplinaridade e diálogo entre colegas e falta de mapeamentos dos perfis das comunidades para melhor adaptação dos docentes.

Tem a questão estrutural, mas também eu vejo assim que daria para se alavancar um trabalho bem mais assim [...]. Eu diria assim, que teria uma riqueza maior se gerasse a questão da interdisciplinaridade, né? Mas que está aí só no papel, por incrível que pareça, mas isso ainda está muito só no papel. Além disso, a falta diálogo. Eu vejo os colegas da minha disciplina de história eles se isolam. O pessoal de geografia, todo mundo. Parece que todo mundo está ali, mas parece que ninguém quer que abra para o diálogo para fazer um trabalho maior.

É. Eu já até tentei, mas estaria “levitando”, falaram que isso estaria fora da realidade. Eu digo “mas gente, vamos tentar!” Nós não vamos saber se nós não tentarmos, mas nunca aconteceu.

Porque educação é isso. Nós temos que ter energia, sabe? Pra gente adentrar [...] Nós temos que ter coragem de ir pra luta. Nós temos que ir às experiências mesmo. E seria muito rica essa experiência se ela viesse a acontecer entre todos os colegas que estão atuando, que já tivesse até um projeto da própria coordenação, né? O grupo que vai [...] vocês vão ter uma semana pra sentar pra vocês [...]. O perfil da comunidade é esse aqui e tal [...]. Na coordenação também não tem o perfil das comunidades, né? Para determinadas comunidades. Já era pra se ter [...].

Gabriel chama a atenção para a relevância dos projetos do ensino Modular no Amapá. Ele sustenta que O SOME e o SOMEI são dois “carros chefes” da Secretaria de Educação:

Olha, porque, tem dois projetos que são o “carro chefe” da Secretaria de Educação hoje. Nós temos o ensino Modular (SOME e SOMEI). O pessoal do SOMEI eles

[...] O SOMEI eu acho que deve ter uns quatro anos, mas parece-me que se tem um grupo de profissionais mais maduros assim, eu digo assim, maduro na execução. De executar os interesses, enfim. Eles já estão com essa ideia de produzir tipo um livro com esses relatos que vão dar um diagnóstico de cada comunidade indígena [...]. E o Ensino Modular a gente [...] a gente ainda está muito assim, num isolamento muito grande, às vezes assim, quando o grupo se reúne é mais pra falar uma futilidade mesmo. E fica muito nisso de falar como é que foi o Módulo tal, com quem brigou, com quem ficou. Aí já começa para aquelas questões bem [...], nem vale apenas adentrar muito.

O professor menciona, além das dificuldades pedagógicas, o desconforto, como uma dificuldade central para os docentes do Modular, devido à precariedade estrutural das escolas e dos alojamentos:

O desconforto é muito grande. Eu trabalhei numa comunidade no Bailique chamada Freguesia e aí nós chegamos à escola caindo aos pedaços, o alojamento todo quebrado, enfim. E, aí nós tínhamos todo um respaldo por parte da coordenação para que fizesse relatório, batesse foto, enfim. E retornasse. Mas, o grupo que eu estava era um grupo de nove pessoas. E só eu queria fazer o relatório pra retornar. E os demais não. Eu digo: “tá, tudo bem” eu vou ficar. E foi assim muito difícil mesmo. Quando chovia. Você sabe que na Amazônia quando chove, chove todos os dias. Não tinha rede [...] que, as goteiras estavam em cima. “Coloca pra cá”, não! Aí quando tu estás pegando no sono, outra goteira “coloca pra cá”. Chegou um momento, assim, que ela ficou igual a um arco, e a minha coluna, logicamente acabou sendo atingida, né? Sem falar a noite que eu perdi, que eu não dormi. Então [...].

As doenças consideradas mais frequentes e associadas ao trabalho no SOME, conforme o depoimento de Gabriel são: alcoolismo, depressão, separações, distanciamento da família, sofrimento emocional, entre outras:

Olha, alcoolismo é muito forte. Eu conheço muita gente que adentrou no sistema e não bebia. E, hoje muitos estão até em tratamento. Aí temos a questão emocional mesmo. O distanciamento da própria família. É [...] as separações [...]. Houve muitas separações.

Tudo em decorrência. Houve separações, mas também houve os casamentos. Muitos colegas, tanto homens quanto mulheres, acabaram arrumando parceiros/parceiras no interior e trouxeram para a cidade, e tal. Então, uma desestruturação de algumas famílias isso também é um dos fatores que houve, e aí a depressão. Tem comunidades que você vai, pelo amor de Deus! Aquele marasmo total. Leva um livro para você se entreter um pouco com as leituras, e, não estagnar muito.

Você, às vezes, leva tua música, mas aí você fica num espaço muito limitado consigo mesmo. Então, chega uma hora que até o convívio com aquele tem colega, tu acabas enjoando a voz. Só de tu se levanta e depara [...]. Fica aquela coisa produzindo uma série de fatores negativos muito grandes, e, isso acaba te dando uma carga de sofrimento muito ruim, e, eu nunca tive dentro desse emocional.

Eu nunca sofri muito. Meu maior sofrimento assim foi de ver colegas muito egoístas, que procuram sempre estar isolados, não interagem. Eu acho interessante isso [...]. “Vamos tomar uma cerveja?” “Vamos tomar um aperitivo?” Vamos! Eu acho legal assim que você vá tomar um aperitivo ali, mas que tenha um diálogo bacana. Entendeu? Um bora discutir tuas dificuldades de sala de aula. Quais são as minhas? Como foi que tu resolveste? Sabe? Eu acho legal. Eu procuro sempre unir o útil ao agradável. Eu acho interessante e não fica aquela coisa chata.

Na opinião do professor, “tudo em excesso, acaba adoecendo”: a saudade da cidade, excesso de paz no interior, o marasmo, a solidão, o isolamento social, etc., como ele explicita:

Porque, tudo em excesso acaba adoecendo. Aqui na cidade é excesso de compromisso, “vai pra lá e vai pra cá”. Eu estou aqui conversando com você, mas a minha mente [...].

No interior, determinados interiores a paz já é demais. [Risos]. Aí entra o marasmo. Caramba! Parece que lá não é mundo, parece que lá não [risos] aí a saudade da cidade leva a uma depressão. Você acaba pensando.

Olha, por exemplo, eu tive um determinado pensamento assim logo que eu adentrei ao sistema. Eu fui trabalhar na aldeia do Kumarumã⁹⁷ que é a mais distante, fica no Oiapoque. Eu já estive em todas essas aldeias aí do Oiapoque. Então, elas são muito isoladas mesmo. Aí eu fui para o Kumarumã caramba! A viagem pelo rio Cuité um rio estreito, com jacaré pra caramba e a canoa...

A voadeira, né? Muito cheia. Indígenas levando as suas compras do Oiapoque. E, ali eles conversando e eu não entendendo nada. Quer dizer, era uma coisa muito estranha, e, de repente se chega lá no Kumarumã aí você vai para questão, na minha época de interior era lamparina, não foi lamparina, mas foi a vela, eu digo caramba! Aí eu comecei... Meu Deus, pra que eu estudei? Eu estudei pra caramba pra sair daquela vida, olha só o pensamento.

O pensamento, a lembrança da minha origem, né? De interior, dificuldade, atraso, aquela ideia, de atraso. Eu disse: “Pô, eu estudei pra caramba e olha onde eu estou” “olha eu aqui na lamparina de novo praticamente” [risos]. Né? Naquele mesmo silêncio, naquele mesmo marasmo. E parece que ali o tempo não passava, entendeu?

A descrição sobre o estilo de vida na aldeia do Kumarumã provocam-lhe recordações da infância e fiz que teve a “solidão como companhia desde a infância: eu comecei, sabe fazendo [...]. A solidão mesmo, sabe? Profundo [...]”. Gabriel prossegue em seus relatos, falando sobre as representações pessoais desse estado de espírito que o acompanha como marca subjetiva:

Por exemplo, eu sinto a solidão. Eu convivo com a solidão. Essa solidão me assombra e me acompanha desde que eu nasci [risos]. Dizem que é a sombra da solidão é a sombra da morte, né? É inevitável, e, sombra da velhice, a gente não conhece a sombra do amor, também! Nem que seja ilusório, mas tem que existir. Mas, eu tenho convivido há muito tempo com a solidão, e já me acostumei a viver com a solidão, né? Porque é inevitável a solidão. Eu já estive assim arrodado de pessoas, mas caramba, a solidão era que estava comigo ali. É interessante. E, aí eu comecei a trabalhar melhor isso em mim. Aí eu digo: “não, na verdade, essa solidão vai ter que me acompanhar o resto da vida mesmo”.

⁹⁷A vila indígena de Kumarumã localiza-se numa grande ilha à margem esquerda do rio Uaçá, no município do Oiapoque. Atualmente há 163 casas ocupadas, em média, com seis a dez pessoas.

O professor entende a solidão como forma de interlocução subjetiva necessária e diz que aprendeu a conviver com essa condição de ser. Em suas reflexões sobre a forma de sentir-se, parece aludir a ausências no convívio social, como denomina Sennett (2001, p. 22), “uma emoção da ausência”. E Gabriel narra:

A solidão faz com que eu passe a dialogar comigo mesmo. Eu começo a fazer uma retrospectiva da minha vida. De todo o meu caminhar, de todos os meus momentos, mas aí pra justamente eu saber que lá no final quem terminava sempre comigo era a solidão, entendeu?

Então, por isso que eu digo: eu aprendi a viver com a solidão, porque, hoje eu sei que ela existe, eu sei que é inevitável, e, ela tem um papel muito importante em nossas vidas, quando a gente consegue dialogar com ela.

Eu digo “Porra, cara parece que a gente vive assim numa eterna ilusão, né?” A gente cria todo um palco lindo e maravilhoso e tal, mas quando chega lá no final, depois de tudo, é você e você. E, esse você é a solidão, sabe?

Esse professor, após as ponderações sobre o seu convívio com essa marca existencial, inicia seus relatos a propósito de sua história de envolvimento com álcool e outras drogas, e declara:

Engraçado que as drogas nos levam para esse olhar mesmo da discriminação mesmo, do afastamento. Eu perdi muita gente boa na época, por causa desse meu envolvimento. Eu adentrei muito ao mundo do álcool, né? Depois do álcool eu fui para as drogas. Hoje eu sou cliente do Psicossocial. Faço um tratamento já no Psicossocial [Casa do professor].

Eu fui para o álcool, eu fui para as drogas, e, isso me levou a uma situação muito ruim. Hoje eu estou em fase de recuperação. Eu sou muito atuante no CAPS, né? E... Faço acompanhamento com o doutor [...] que é o psiquiatra. Faço com o [...] que é o nosso psicólogo, e em função disso eu estou ficando em comunidades mais próximas para que eu não pare o tratamento.

Mas eu já vim assim de uma situação muito ruim mesmo, apesar de que eu nunca roubei, nunca matei, mas eu perdi um pouco do meu brilho, né? A gente perde.

Em continuidade as suas narrativas, Gabriel relata o seu envolvimento com as drogas; informa que isso ocorreu na adolescência e ao chegar ao Amapá, intensificou-se. Entende que essa experiência vem prejudicando a sua vida pessoal e profissional, contudo, conta que atualmente encontra-se “estagnado” quanto ao uso dessas substâncias:

Na década de 80, foi aquele movimento. Acho que foi aquela década que mais se teve um estouro dos movimentos sociais no Brasil, de bandas [...]. Eu lembro que eu tinha dois amigos o [...] e [...]. Eles eram os burgueses e eu era o plebeu. Só que eu jogava muita bola e a minha relação com eles se fazia muito por esse caminho da bola. E os dois fumavam maconha.

E, na época a banda Legião Urbana, Engenheiros do Havaí, me deixa ver quem mais, Capital Inicial, então eram as bandas que eles ouviam, né? E, aí eu nessa amizade nos fins de semana eu ia para a casa deles, né? E os pais deles, às vezes, se

ausentavam. E nessa ausência rolavam as músicas, aí se discutia muito as letras das músicas, eu achava fantástico, eu achava legal. Eu me achava organizado, também, nessa relação.

Iniciei na adolescência, uns catorze, quinze anos, por aí [...] Fumava um cigarro de maconha com eles parecia assim que abria aquele leque de sei lá [...]. Aí a gente ficava naquela discussão e aquela felicidade ilusória e tal. Mas, até então, eu achava legal. E, aí foi por aí mais ou menos que eu comecei. E, assim eu vim conduzindo, né? E, quando eu cheguei a Macapá eu me deparei com a tal da merla, né? Foi aí que eu, digamos assim, acabei me prejudicando dentro de uma gravidade muito ruim, porque, ela me viciou numa velocidade que eu fiquei magro. Aí todo o meu lado profissional começou a ficar de lado, porque eu não tinha condições.

Quando eu cheguei aqui no estado eu já tinha a minha experiência com droga. Entendeu? Aí, eu... é como eu estou lhe falando, aqui eu conheci a merla aí eu comecei a usar essa merla aí eu já estava vendendo as minhas roupas. Eu lembro que eu tinha sapato pra caramba. Eu já comecei a vender os sapatos e tal.

Aí eu comecei a [...]. Eu comecei a perceber, eu digo, “Nossa! Cadê o meu projeto maior?” Que era o projeto de chegar aqui e vencer, de estudar. Quando eu cheguei aqui eu não tinha a graduação. Eu tinha técnico em magistério. E, a minha intenção era fazer uma graduação, continuar estudando. Eu gosto muito de estudar. E, aí eu comecei a atuar, e tal trabalhando. Fui a Porto Grande. Trabalhei em Porto Grande. Até, então, em Porto Grande, eu estava só com o álcool mesmo.

Mas, aí quando eu cheguei a Macapá, eu já comecei a me relacionar com alguns colegas. Pessoas que também usavam né? E, aí foi quando eu comecei a [...] e não ia trabalhar. Aí, eu já comecei a ficar bem relaxado mesmo. E, aí o meu prejudicial para com a questão das drogas na educação se deu assim. A questão de faltar. Eu não ia trabalhar.

O Modular “como uma espécie de clínica”: Posterior a esses relatos, Gabriel fala sobre a sua inserção no ensino Modular e afirma que este funciona “como uma espécie de clínica”. Acrescenta que foi estimulado por um colega para se afastar do convívio urbano e do acesso às drogas, pois, à época, encontrava-se “muito ruim”. Buscou, então, as comunidades mais distantes e isoladas como tentativa de ajuda pessoal para evitar o uso dessas substâncias:

Já o sistema Modular pra mim, entrou como uma espécie de clínica. Interessante isso aí. Aí, eu adentrei no Sistema. Eu lembro que foi até um amigo meu o [...] um amigão meu. E, ele [...] “Por que, tu não unes o útil ao agradável?” “Vai para o Ensino Modular”. “Lá é interior, pra lá está isolado”, enfim. E foi quando eu adentrei ao Modular eu estava muito ruim assim a questão da droga e álcool estava muito, assim, sabe? Eu não conseguia pensar. Não, eu não tinha [...]. É como eu lhe falei uns amigos, né? Com exceção o [...] os demais se afastaram mesmo.

E, aí eu adentrei ao Modular. E, aí eu fazia questão de pegar aldeia. Por causa da distância, né? Ou, então, Sucuriju, e aí, eu comecei a me enxergar melhor, né? Como pessoa. O resultado dos trabalhos, as pessoas comentando “Pô, Gabriel, legal! A discussão que tu fizeste. O tema legal!” Aí você começa a se olhar de uma maneira bem mais. Isso! O ensino Modular me ajudou muito nesse sentido. Entendeu?

O Tratamento: Gabriel avalia que o trabalho no Modular e a ajuda de amigos colaboraram para que ele buscasse ajuda. Procurou suporte no CAPS ad e, atualmente,

também faz acompanhamento psicológico na Casa do Professor como forma de se fortalecer para superar essa dificuldade, que afirma não ser fácil: “E, aí a gente está a cada dia matando um leão, porque, parar de usar droga, seja ela qual que seja, não é fácil”. O docente acrescenta, a essa declaração, informações sobre o processo de tratamento:

Aí, a partir, do meu trabalho no ensino Modular, e a partir, de outros colegas que já estavam em tratamento. Eu fui buscar o tratamento. E, aí eu fui buscar o CAPS. Encontrei lá a dona [...]. Uma pessoa assim excepcional. Entrei lá pelo CAPS e tal. Deixa eu ver... Eu já estou a um bom tempo já (Risos). Eu já tenho bons relatos dessa experiência. [...].

Eu adentrei ao CAPS. Acho que me deu um suporte bacana. Peguei o doutor [...] no primeiro tratamento. Depois peguei [...] um psicólogo. [...]. A cada dia você está querendo muito, né? Dessa mudança. Hoje, eu vejo um apoio muito maior da minha família. De outras pessoas que me viam, assim, na lama, né? E outras pessoas que me vem assim.

Então, hoje eu estou assim, vivendo outro momento da minha vida, tanto que, eu não medi esforços para vim aqui contribuir para com o seu trabalho. Porque, quando eu fiquei sabendo a linha da sua pesquisa, eu digo, puxa! Legal. Eu vou lá dá a minha contribuição, porque, eu tenho que ser entrevistado. Eu sou um dos caras que venho de todas essas discussões. Hoje eu estou caminhando assim bem bacana. Por que [...]

Porque eu estou em tratamento. Eu tenho que estar muito atento, né? Porque aqui é a cidade, apesar de que, aquelas amizades eu perdi o contato com elas mesmo. Eu já estava com uma amizade muito [...]. Eu já estava com uma amizade muito lá em baixo. E, eu perdi esse contato. Eu vivo assim 24 horas me policiando. Eu procuro me preencher muito, assim, com a minha família. Com as boas coisas da vida. Eu gosto de estar muito junto. Antes eu gostava de estar só, enclausurado, né?

E, aí, hoje eu estou trabalhando muito o meu equilíbrio espiritual. Coisa que eu não tinha mesmo, e, puxa! Isso está sendo tão bacana. Tão bom. Uma unidade maior na questão família. Eu estou muito sentindo isso. E estou levando a minha vida assim devagar, com jeito. Sempre procurando fazer retrospectivas da minha vida, para que eu possa sempre viver dentro de um olhar maior. Isso há uma necessidade muito grande em nós como seres humanos. Eu vejo isso.

Conforme suas narrativas, Gabriel considera avanços significativos em sua trajetória de tratamento que lhe permite continuar desenvolvendo suas atividades docentes no ensino Modular. Sobre esse contexto do trabalho apresenta algumas dificuldades — estruturais e pedagógicas — que o deixam aflito:

E adentrei ao GEA no dia 1º. de fevereiro de 1993, e, já estou desde 1993 atuando na educação. Eu trabalhei aqui em Macapá, mais ou menos, sete a oito anos. O resto todo é de “Modular”, 14 anos de “Modular”. Eu adentrei ao Sistema Modular no ano 2000. Aí quando foi em 2003 eu fui para a chefia do “Modular”. Passei um ano na chefia, e, não consegui me adaptar. Aí voltei para o campo de trabalho, e, é onde eu me encontro até hoje trabalhando.

A priori, adentrar ao sistema Modular foi buscar essa nova experiência, né? Os nossos alunos da área rural. Sabendo-se das suas dificuldades, que se tem desse

próprio isolamento, e, também tem muito a ver com as minhas raízes do interior e tal, daí eu vi de repente seria um bom desafio, e, fui desenvolver meus trabalhos no interior. Chegando lá se deparando com uma realidade bem pior do que é aqui na zona urbana, na cidade.

Nossas escolas todas depredadas, nossos alojamentos todos depredados também, enfim. E, aí obviamente para que eu pudesse desenvolver meu trabalho, eu não tive que pensar só no econômico. Eu tive que pensar no meu lado profissional mesmo, eu tive que me desdobrar mesmo para tentar fazer um trabalho junto a esse aluno. É claro que são várias dificuldades que você encontra. Uma das dificuldades maiores é que o nosso aluno não sabe ler e não sabe escrever.

Trabalho com o Fundamental. Mas, também não é uma realidade inédita. Tem aluno lá no 3º ano, que meu Deus! Tem essa mesma problemática. E, aí você tem que parar um pouco o trabalho pra tentar alfabetizar esse aluno. E, é aí que de alguma forma você tem que se vê como profissional incapaz, né? Porque, você dá uma parada lá e tentar procurar trabalhar melhor esse aluno. Procurar dá um foco mais direcionado a esse aluno. E, aí que se tem um desdobramento muito grande dentro da questão pedagógica, da questão metodológica.

[...]. E, aí eu acabei me identificando com o trabalho pelo fato de eu vir de uma família de interior, de fazer a 1ª série com 11 anos de idade. Falta diálogo. Eu vejo os colegas da minha disciplina de História eles se isolam. O pessoal de Geografia, todo mundo. Parece que todo mundo está ali, mas parece que ninguém quer que abra para o diálogo para fazer um trabalho maior.

Os relatos do professor Gabriel sobre sua trajetória e experiências de 14 anos no Modular mostram um retrato social da realidade do trabalho docente nas comunidades rurais e evidenciam questões centrais vividas por esses profissionais: a falta de reconhecimento pelo trabalho docente da parte da própria gestão; o desconforto ao qual são submetidos; o aparente descaso da coordenação em repassar aos professores um perfil sociocultural das comunidades para onde são encaminhados; e as dificuldades de aprendizagem dos alunos. Todos esses aspectos demandam um esforço de adaptação subjetiva, podendo acarretar consequências para a saúde dos docentes, como já foi mostrado no capítulo anterior.

Para o professor Gabriel, o trabalho no Modular funciona como “uma terapia”, no que se refere à superação do uso do álcool e de outras substâncias. Mesmo assim, ele menciona a falta de reconhecimento profissional; o desconforto dos alojamentos e das escolas; o isolamento social; o marasmo da zona rural; a saudade da cidade; as rupturas de laços familiares; depressão; alcoolismo; sofrimento emocional e a solidão como aspectos inerentes ao trabalho no Modular. Fala de suas paixões pelo ensino, mas também admite: “perdi o meu brilho!”

6.3.5 Trajetória de Lurdes: “Só que aí, eu cansei, a fonte secou” – história de cansaço de fazer e de poder

“Então, voltando para a sala de aula eu chegava em casa chorando, cansada, tomava banho e ia dormir só me acordava às vezes três-quatro horas, da tarde, aí que eu ia almoçar”.

“[...] eu me decepcionei com o sindicato, me decepcionei com a profissão em que nós somos subjugados, colegas que trabalham com a gente não tem aquela união, colegas que são professores e se tornam diretores, se tornam carrascos, e aí vai juntando”.

Lurdes⁹⁸, 44 anos, casada, tem uma filha, trabalha no GEA há 21 anos. Faz tratamento para Síndrome do Pânico e Depressão com o psiquiatra e acompanhamento psicológico na Casa do Professor há quase dois anos. Professora do Ensino Fundamental dos anos iniciais desde a sua entrada no GEA, atualmente, afastada da sala de aula, está lotada na sala de leitura (sala ambiente).

Iniciou suas narrativas enfatizando **o cansaço e o desgaste físico e emocional**, depois de 21 anos de docência, trabalhando com a alfabetização de crianças. Deixo-a falar livremente sobre seu trabalho, sem muitas interferências, para que ela relate suas experiências, trajetórias, percepções, sentimentos e histórias de sofrimento:

Antes da depressão eu tinha sido escolhida pra assumir a sala de leitura, porque eu já vinha dando sinais de cansaço físico e emocional. Eu chegava nas reuniões pedagógicas e dizia que eu não aguentava mais ficar na sala de aula, não aguentava [...]. Eu já não estava conduzindo mais aquela paixão que eu tinha em sala de aula, não tinha mais ideia (criatividade), então eu sempre falava, mas nunca ninguém me levou muito a sério, eu acho que, era assim: “não, tu vais conseguir”. Então eu comecei a perder a paciência, a chegar em casa chorando.

Três anos antes começaram a aparecer esses sintomas. Aí veio a greve né? Elas [as colegas de trabalho] diziam: “Lurdes tu vai conseguir, te acalma que vai dar tudo certo no final”. Porque eu sempre quis fazer um bom trabalho e quem trabalha com alfabetização tem que mostrar o resultado né? Então todas as minhas ideias eu já tinha feito, então era um cansaço que eu tinha.

Quando eu entrei no governo eu fiquei com aquele desvio, que tinha aquele desvio de função né? Eu trabalhei com 5ª e 6ª série, depois eu trabalhei com 3ª série acho que uns dois anos, depois eu fui pra 4ª série, me colocaram para alfabetizar, algo que eu nem sabia como, mas eu sempre fui procurar, sempre que vem um desafio eu vou procurar pra saber.

Trabalhava só da manhã. Aí eu ia preparar a aula e nas minhas aulas, eu sempre gostei de trazer novidades, então eu tinha que cortar muitas figuras, escrever, eu fazia assim com os meus alunos. Os alunos que estavam bem avançados eu pedia caderno dos pais, eu tinha que preparar dez cadernos pra que eles levassem pra casa, todos os dias, eu dizia, “meu Deus porque eu inventei isso?” Mas eu sabia que

⁹⁸ Foram realizadas três entrevistas com Lurdes no seu próprio ambiente de trabalho. Essa professora atua em uma escola na zona central de Macapá, onde funciona o Ensino Fundamental I e II.

aquilo dava resultado. Eu tenho tudo fotografado, eu fazia as atividades em cartolinas, diferenciadas com palavras cruzadas, com caça palavras, mas eu mesma fazia. Só vendo, se eu soubesse, eu teria trazido para te mostrar. Pois é! Então as crianças gostavam daquilo e aquilo me dava motivação, só que me cansava, às vezes eu dormia 4h da manhã.

A greve dos professores estaduais referida pela docente, em 2012, gerou vários transtornos financeiros, e também consequências emocionais negativas que impactaram a saúde de Lurdes:

O foco mais da depressão foi quando eu participei da greve, em 2012, que teve aquele reboiço que o governador [...] aí eu fui até o final do ano. A greve foi muito cansativa, a gente às vezes aposta naquilo, aposta no sindicato, né? E depois quando eu fui pra greve o meu marido tinha sido despedido, estava sem emprego, aí veio... foi descontado de quem estava na greve e foi horrível sabe? Não foi pior porque eu tinha uma reserva e aí a gente não passou a necessidade que outros colegas passaram, né? Mas mexeu comigo, eu me decepcionei com o sindicato, me decepcionei com a profissão em que nós somos subjugados, colegas que trabalham com a gente não tem aquela união, colegas que são professores e se tornam diretores, se tornam carrascos, e aí vai juntando.

Aí depois, junta o meu marido desempregado, termina aquela ajuda que é o seguro desemprego, caiu a minha ficha, aí as contas acumulam, e eu sou uma pessoa muito ansiosa, não é de agora que eu sofro de ansiedade, se você me emprestar um real e ainda não der pra pagar eu fico falando, olha eu vou te pagar, a pessoas não tá nem cobrando, mas eu sou assim, e as contas chegando [...].

e o meu marido, por um momento eu achei que ele estava acomodado, eu dizia pra ele estuda pra concurso, estuda pra concurso e ele sempre estudando, só batendo na trave até que agora um que ele fez pra educação, ele não é professor, mas vai trabalhar na secretaria, ele passou e foi chamado, só tá esperando sair o nome dele pra ser efetivado. Mas até então foi acumulando né?

As **dificuldades financeiras** relatadas decorreram do período da greve de 2012, em que a administração da SEED passou a exercer uma vigilância coercitiva sobre os docentes grevistas e a impor o desconto dos dias não trabalhados. Alguns professores receberam seus contracheques “zerados”, sujeitos à humilhação de se tornarem “pedintes” para sobreviver.

Muitos professores dependeram financeiramente de colegas e/ou familiares, ou até mesmo de rifas e eventos sociais para ajudar no sustento familiar. “Tudo isso”, e mais a percepção da desvalorização da profissão docente, acendeu a sua decepção com a profissão:

Então tudo isso me decepcionou muito, eu sempre disse assim, que ser professora era o que eu sabia fazer de melhor, depois de ser mãe, né? E aí eu tive decepção de ver o quanto a nossa profissão é desvalorizada, salas superlotadas, as condições de trabalho péssimas, querem que a gente tire do próprio bolso. Pra você dar uma aula melhor, ou você tira do seu bolso, ou do bolso dos pais dos alunos.

Para além desses aspectos, a professora comenta sobre “o fazer por si educação”, através de gastos, com recursos próprios, na compra de materiais para a confecção das atividades didáticas para seus alunos, motivada pelo esforço e o desejo de obter melhor resultado na alfabetização, como narra:

Meu mesmo e dos pais meus alunos, porque eu comprava aquele coquetel que é de criança e de lá ou eu xerocava, ou eu criava outras atividades em cima daquele coquetel. É que vêm palavras cruzadas, bastantes coisas para crianças.

Então eu comprava cartolina, partia no meio para os alunos fazerem e isso eles gostavam demais, aí eu pregava, depois nós íamos corrigir juntos. Então a parte de alfabetização mesmo, os sons das palavras. 25 alunos por sala. Mas dentro desses 25 tinha aluno dormia, já sabia ler, quando ele acordava ia perturbar os que estavam estudando.

Então, não é só chegar lá, vou alfabetizar, tem aqueles que não conseguem, eu lembro que nesse ano ficaram, três que estavam no caminho, prontos quando fosse para o terceiro ano, pra serem preparados, já iam ler e dois não saiu do lugar, aí não tinha ajuda em casa, nas reuniões os pais não iam.

Têm uns que moram, às vezes só com a mãe, eu tinha um aluno que morava com o pai e com a mãe, mas a mãe passava o tempo todo dormindo, ele mesmo dizia, eu não tenho ajuda em casa, a outra a mãe dizia que ajudava, mas [...]. Então, são fatores dentro de uma sala de aula que mexem, aí vem supervisora, orientadora, que cobra.

Lurdes também comenta as **cobranças e supervisões da equipe técnica escolar**, a carga excessiva de trabalho para a realização do planejamento escolar, da atualização do caderno de atas e do preenchimento de fichas de desempenho escolar de cada aluno, algo que ela classifica como “um trabalho terrível” e “muito cansativo”.

Vêm as cobranças, porque nessa época a gente tinha que planejar e esse planejamento era dado para a orientadora toda a segunda feira e ainda tinha que ter o nosso caderno, então era uma coisa muito cansativa e agora que acabaram com isso, com negócio de cadernos, era o planejamento e o caderno, o caderno era aquele caderno de ata que eu tinha.

No planejamento, tinha uma observação final, era muito cansativo, nós lutamos muito para que melhorasse porque é um trabalho terrível, ainda tinha aquelas fichas do segundo ano, pra preencher os relatórios individuais, era muita escrita, porque como é que tu vais lembrar do aluno tal, então era uma anotação aqui, era uma anotação ali, prestando atenção e isso me consumiu mesmo de uma tal forma que eu na minha igreja, a gente quando a noite quando o pastor vai ministrar a palavra, as crianças descem pra ter o culto das crianças e eu fazia parte desse [...].

Essas distintas situações compõem, ao longo dos anos de trabalho, **uma configuração de elementos desgastantes** que vão corroendo por dentro e por fora a saúde do professor, a ponto de alterar os processos da vontade e do desejo. É o que me permite perceber ao analisar

declarações como essa: “Eu não quero chegar perto de criança”. Diz que rejeita, inclusive, participar de atividades na igreja que envolvam crianças para não “chegar perto”, como enfatiza ao final das narrativas seguintes: “eu não quero nem sonhar em pisar de novo numa sala de aula, é tão forte isso, que eu sou sincera, não é preguiça”. E continua expressando sua posição e possível rejeição a respeito do contato com crianças:

Desse culto infantil, que eu disse que ele me tirasse, de crianças eu sempre gostei, mas eu não quero chegar perto de criança, sabia? Quando eu ainda estava em sala, [...], depois eu fui para a sala de leitura, [...], tinha segundo ano, quando a minha turma do segundo ano foi para o terceiro e aí eu fui colocada na sala de leitura, eu ainda não estava doente, mas eu já estava com sintomas, eu digo isso, porque depois a gente vai analisando e eu disse, que eu não queria mais ter contato com criança.

Eu disse mesmo pra irmã da igreja “me tire, não estou em condições, eu não quero”. Às vezes ela insistia “não, tu és boa porque tu és professora” e eu acabava faltando aos cultos à noite, até hoje eu quero distância. Os meus alunos que estão no quarto ano, eles vêm e me abraçam, pedem pra eu voltar, eu consigo ainda ter um equilíbrio, mas em sala de aula, eu não quero nem sonhar em pisar de novo numa sala de aula, é tão forte isso, que eu sou sincera, não é preguiça.

Na percepção de Lurdes, a doença do professor pode ser entendida, por alguns colegas e/ou gestores, como “preguiça”, estratégia para o docente afirmar a condição de doente e escudar-se do trabalho em sala de aula. Entretanto, ela enfatiza a sua real impossibilidade de trabalhar após a instalação da severa depressão que a impede até mesmo do contato pessoal com alunos:

Porque as pessoas veem como preguiça, ah a professora! É isso que eu sinto meu Deus eu não consigo! E quando a supervisora teve um tempo que eu acho que eu disse, eu tenho um laudo, eu não posso ficar com aluno. E ela ah, fica aqui com os alunos na sala de leitura e os alunos teve uma vez que bagunçaram tanto que eu fiquei tão nervosa que o meu corpo começou a tremer, foi preciso mandar chamar ela pra resolver o problema, então eu sinto, é uma aversão, não sei, não quero [...], criança eu não quero.

Das percepções pessoais da evolução do adoecimento - da depressão, da mudança subjetiva, sinais e sintomas e do olhar sobre a doença — Lurdes narra:

Até aí eu não sabia, eu estava trabalhando, porque quando começou a depressão foi no final de julho de 2012. Eu vivia chorando, eu olhava para o meu marido sem aquela admiração, era briga em cima de briga, eu dizia que eu ia me separar dele. Irritação, aí a veio a falta da libido e eu achava que eu não o amava, poxa se eu já não sinto nada, aquele desejo por ele, tanto é que a gente ficou separado em casa, [...] e foi horrível, foi um furacão que passou dentro da minha casa que eu não gosto nem de lembrar e eu já estava fora de sala, eu estava na sala de leitura, ela não estava assim concretamente, já arrumada, mas eu já estava fazendo projeto, nessa época, antes da depressão eu ia pra sala de aula, mas quando eu voltei em agosto, eu já voltei doente. Aí que veio falta de apetite, veio a falta de paciência com os alunos, eu lembro que eles notavam da oitava série, que era a que eu mais gostava, eles

diziam o que é que a senhora tem? Até o seu olhar tá diferente. Para alguns alunos mais conscientes eu ainda cheguei a falar, mas meus colegas todos sabem o que eu estou passando.

Posterior a essa autocompreensão, a professora fala sobre a receptividade do adoecimento pela gestão escolar, colegas e alunos:

É porque a psicóloga e o psiquiatra disseram que eu tinha que falar pra todos, para que eles não vissem a minha falta de paciência, a minha troca de humor como uma coisa, ah pessoa mal educada, ah poxa ela tá agindo dessa forma por quê? Então eu contei pra eles tudo o que eu estava passando, pra diretora.

Ah eles disseram que algo estava errado comigo porque eu sempre fui uma pessoa extrovertida, eu sempre fui uma pessoa alegre, a minha marca é a alegria.

Eu fui acolhida, aí trocou de diretor e melhorou mais ainda. Ele compreendeu mais ainda do que a outra, apesar de ele nem me conhecer, a outra já me conhecia há bastante tempo, mas eu tinha que tá todo tempo apresentando o papel de que eu vinha aqui, sabe? Ele não! É só dizer para a orientadora “olha eu tenho uma consulta com a psicóloga, com o psiquiatra”. “Ótimo! Tudo bem vá se cuidar!” É uma pessoa maravilhosa que nós temos como diretor.

Com a socialização do sofrimento, Lurdes foi orientada por uma amiga a buscar ajuda psicológica na Casa do Professor:

Ah sim, aí a minha colega disse pra mim, assim, “você tá com depressão”, eu disse, “não”. Ela disse, “porque você tá com sintomas que a minha mãe tem”, eu ainda relutei, “não isso é cansaço, não vamos procurar”. Então me falaram do Psicossocial, ainda era na praça Floriano Peixoto, aí eu fui, passei pela assistente social. Já fui direto e aí pronto já me encaminharam para uma psicóloga. Eu comecei o tratamento, foi dia 13 de agosto de 2013. Já vai fazer um ano que eu estou lá, e assim, eu gosto.

Quando me deu a síndrome do pânico, eu não dormia, passava noite dormindo com a luz acesa. Ele fechava, mesmo com a luz da televisão ligada, rápido eu pulava da cama pra sair, aí foi que eu fui melhorando já assim, depois que eu fui passando pelo tratamento psicológico. Dava falta de ar, a sensação é quando a gente tá dentro do rio, tá se afogando, eu acho que a sensação que dá pra comparar.

A minha psicóloga disse que eu deveria ir ao psiquiatra, porque eu não dormia, eu me acordava 2, 3, 4 horas da manhã, eu ia pra escola morrendo de sono, eu não conseguia pegar no sono. Aí ela disse que ela não poderia passar o remédio, era necessário que eu passasse pelo psiquiatra. Só que nós tentamos, eu estava sem plano de saúde, ainda estou até meu marido ser efetivado, aí nós passamos fomos pelo lado público né?

A primeira consulta com o psiquiatra:

Marcamos a consulta com uma psiquiatra, estava marcado para 17h:30min, eu cheguei 16h:45min, quando eu chego lá na psiquiatria, ela simplesmente tinha ido embora. Aí eu disse pro rapaz, “mas tem uma consulta marcada pra mim”. “Olha moça era pra você tá aqui 16h, se não aparece ninguém ela vai embora, não mas

tinha senhor, é assim que funciona aqui, se não tem paciente, ele nem deu “bola”. Eu rasguei o papel e eu simplesmente saí desorientada de lá, eu me senti abusada, eu me senti pequena, porque a gente paga impostos, a gente vê às vezes na televisão as pessoas se queixando e a gente não tem noção e eu vim de lá arrasada.

[...] eu vinha andando, eu não sei, só Deus que me atravessava na rua, eu estava desorientada, aí voltou tudinho aquele medo da luz pagada, medo, veio o medo de novo e começou as palpitações, choro, choro, choro imenso e decepção, aí foi quando em novembro, essa consulta estava marcada para o dia 30 de outubro de 2013, aí foi quando eu marquei em novembro, eu disse, não, eu vou reservar um dinheiro, não vou pagar tudo pra alguém, porque eu vou me consultar, foi que eu procurei o doutor [...] e foi com ele, eu conversei com ele, expus tudo pra ele e ele me passou a medicação e eu estou me controlando.

Diagnóstico: Depressão e Síndrome do Pânico

Ele disse que eu estava com depressão e síndrome do pânico. Ele foi bem claro, que eu estava com depressão e ele disse que achava bom que eu tinha ido logo procurar, o quadro não era daqueles mais extremos, mas que eu precisava sim de ajuda, aí eu comecei a tomar os remédios tudinho, só que aumentaram mais, porque tem as coisas externas né?

Percepções sobre o tratamento: Lurdes reconhece que ainda precisa evoluir muito, pois, na última consulta, o psiquiatra acrescentou outros remédios, devido à presença dos sintomas: medo, sensação de morte, tristeza, preocupação, angústia e uma vontade de chorar, como são relatados em sua fala:

Eu digo que ele ainda não chegou nem no meio. Tá caminhando porque o doutor teve que acrescentar mais uns remédios, porque olha..., caminhar, eu deixei de caminhar por medo, porque eu fiquei com medo de caminhar.

Eu estava molhando as plantinhas que eu moro nos altos e me deu uma sensação de me jogar e cair assim, [...] só que eu não falei nada pra eles, só falei para o psiquiatra. Ontem eu deitada, veio como se eu fosse morrer [...] coisas assim que eu nunca tive medo.

Tipo um gráfico, eu vou evoluindo, a minha filha disse, “mãe a senhora já notou que a senhora não está chorando muito”, eu disse “estou”. “Não estou chorando pra vocês, mas às vezes eu estou chorando no chuveiro, às vezes a noite né?”

Um sentimento de tristeza, preocupação, aí me dá uma angústia um aperto no coração, uma vontade de chorar, sabe? Aí eu tento me controlar, quando eu estou na escola não tenho tanto isso porque o trabalho vai preenchendo né?

Lurdes, atualmente, entende que obteve resultados positivos com o acompanhamento na Casa do Professor, porém, reconhece que a principal agente de cura é ela mesma: “O remédio ajuda, mas ele não vai resolver nenhum problema, que tem que partir de mim”.

O cansaço, a depressão, a exaustão emocional, a perda de sentido de ser professor e a intolerância à sala de aula expressam, como diria Han (2015, p. 29), a “alma consumida” pelo cansaço “de fazer e de poder”:

A depressão irrompe no momento em que o sujeito de desempenho não pode mais *poder*. Ela é de princípio um *cansaço de fazer e de poder* [...]. A depressão é o adoecimento de uma sociedade que sofre sob o excesso de positividade. Reflete aquela humanidade que está em guerra consigo mesmo.

A história de dedicação e de sofrimento de Lurdes me faz pensar nas palavras de Han (2015, p. 30), que parecem retratar a realidade vivenciada por ela: “o excesso de trabalho e desempenho agudiza-se numa autoexploração [...]. Os adoecimentos psíquicos da sociedade de desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal”.

Essa trajetória marcada pela dedicação, cansaço, tristeza, angústia e sofrimento foi ouvida na sala de leitura, onde a professora desempenha suas atividades atualmente. Não obstante o cansaço e o desgaste mencionados, o espaço de trabalho apresentava-se muito limpo, organizado e aconchegante. Cuidados estes realizados por ela para dar conforto aos alunos.

6.3.6 Trajetória de Mariana⁹⁹: “se você quer se afastar, traga o atestado” – a (des)legitimação do mal-estar docente.

“É se você quer se afastar traga um atestado, porque aqui na minha escola, professor do Estado não fica fora de sala de aula¹⁰⁰”.

“Professora eu chegava à escola, ‘o que eu vou fazer?’” Chega lá ninguém me dá nada, ninguém confia de me dar nada pra fazer. Eu ficava muito triste [...]. Eu fiquei igual a uma cadeira naquela sala, porque lá eu me sentia inútil”.

Mariana, filha de professora, casada, 41 anos, natural de Macapá, graduação em Artes (incompleta) e Letras pela Universidade Vale do Acaraú (UVA); não desenvolveu outras atividades fora do magistério. É docente estadual há 23 anos, trabalha com o ensino fundamental nas séries iniciais. Possui diagnóstico de depressão, faz acompanhamento e tratamento no Psicossocial desde 2009.

⁹⁹Foram realizadas duas entrevistas com a profa. Mariana, em sua própria residência, com duração de aproximadamente uma hora cada.

¹⁰⁰Fala do diretor escolar no momento em que a professora precisa se afastar da sala de aula por adoecimento.

Mariana inicia sua trajetória narrando a situação socioeconômica e relações familiares, colocando em evidência o mal-estar vivido pela separação dos pais, mesmo já sendo casada, devido à relação de amizade e confiança construída com o seu pai:

Do meu pai com a minha mãe nós somos três filhos. A gente nunca passou fome e a minha mãe eu me lembro de que quando ela começou a trabalhar eu fazia o ensino médio. Ela é professora também. Eles separaram eu já tinha até meus dois filhos, foi em 2000 que eles separaram. Com quatorze anos que eles se separaram. Foi muito dolorido [...].

Alude que a separação dos pais foi muito dolorosa para ela porque era muito “agarrada” ao pai e que se sentiu mais traída do que a mãe: “eu costumo dizer pra ela que foi mais dolorido pra mim do que pra ela, porque eu era muito agarrada com meu pai [...]”. Relata que teve poucos amigos e enfatiza a sua relação de apego ao pai e da representação da separação para si:

Eu digo assim, eu nunca tive amigos [...]. Porque eu tinha o meu pai como um exemplo fora do comum, uma pessoa que [...] Eu me lembro, assim que, quando eu comecei a namorar ele me aconselhava, me dizia o que eu tinha que fazer. Eu dizia “pai está acontecendo tal coisa” e ele dizia “faz assim [...]”. Então, a gente era muito ligado. Foi muito difícil a separação deles pra mim, eu me senti mais traída do que a mamãe, eu digo pra ela.

É muito difícil assim pai e filha ter um relacionamento assim, porque a mamãe é uma pessoa maravilhosa, mas ela sempre foi muito fechada, e ele [pai] não, ele conversava mais, a gente tinha uma ligação muito forte. E, de repente tudo aquilo que ele pregou, ensinou, parece assim que foi tudo por terra.

Foi uma decepção muito grande. Muito grande! Que eu não consigo hoje conversar com meu pai sobre meus problemas. Eu não consigo, não tenho confiança, tanto é que a gente tem uma relação assim distante. A gente se fala, mas tipo assim quando tem um aniversário, ou eu convido, ou ele convida a gente pra ir lá, fora isso a gente não tem relacionamento mais. Muito grande mesmo!

Mariana narra a sua primeira história de casamento e a descreve como um suposto fator de desgaste emocional, devido à relação caracterizada por agressões e ameaças:

Tive um relacionamento de três anos com meu marido e foi muito difícil por brigas, ciúmes, traições, e não deu certo, foi quando eu passei no vestibular na UNIFAP e decidir dar outro rumo na minha vida.

Depois de um ano separada me relacionei com outra pessoa com quem eu tive dois filhos que hoje estão com dezesseis e quinze anos, mas uma relação também que depois de um ano foi ficando muito tumultuada, só que nessa relação, eu sofri muito psicologicamente, porque eram agressões psicológicas, ameaças, ameaças de morte, dizia que ia fazer coisas, sumir com meus filhos e foi muito complicado sair dessa relação [...].

Eu me recordo de vez que eu ia para o trabalho, eu ia chorando na rua apavorada com medo de que a pessoa aparecesse de qualquer lugar e fizesse alguma coisa que

sempre prometia. Com ele também foram três anos, mas foi uma perseguição maior depois ainda.

Eu o conheci em 1996 e a nossa relação de fato acabou em 2003, quando eu comecei a me relacionar com outra pessoa. Mas, de corpos a gente já estava uns três anos separados, só que ele me perseguia muito, vinha na minha casa, arrombava a porta para entrar e vê se não tinha outra pessoa na minha casa. Aí eu não saía com medo.

Eu tinha muito medo, pavor dele me ver por aí, eu não me relacionava com outra pessoa, porque eu tinha medo também que ele pudesse fazer alguma coisa. Depois de um ano de convivência que eu vim descobrir que ele usava drogas. Eu não sabia se na minha inocência ou burrice eu não consegui perceber que ele era usuário de drogas. E, durante a nossa relação que aconteceu os dois filhos [...]. Em 2003 conheci outra pessoa que é com quem eu estou até hoje.

A trajetória de trabalho de Mariana foi dedicada sempre à docência. Iniciou a carreira docente aos 18 anos, na rede de ensino municipal. Posteriormente, foi aprovada no concurso estadual e fez opção por este último vínculo, no qual atua há 23 anos. Atualmente, encontra-se fora da sala de aula, em consequência do seu adoecimento:

Comecei a trabalhar com dezoito, em sala de aula, quando eu comecei a trabalhar eu tinha duas turmas, eu ficava na escola desde manhã até a noite, almoçava na escola, fazia planejamento na escola. Era uma escola do município. Era um convênio e depois de três anos eu comecei a trabalhar no Estado. Aí, eu comecei a ficar nos dois empregos [...] eu trabalhava de manhã e à tarde. Depois eu tive que optar e optei pelo estado, porque no município eu era conveniada. Fiquei trabalhando no estado. Tenho 23 anos de docência, sou professora das séries iniciais, mas no momento estou trabalhando na secretaria da escola [devido ao adoecimento].

A história de adoecimento de Mariana, como as demais, desenvolveu-se em um processo cumulativo, através do entrelaçamento de vários eventos estressores que foram acastelando-se no percurso de sua trajetória pessoal e profissional. A professora relata que, quando estava estudando na UVA, no primeiro semestre do Curso de Letras, já sentia fortes dores de cabeça, que foram se intensificando até que “eu não aguentava mais”, como ela mesmo relata:

Aí eu já vinha sentindo dores de cabeça muito fortes, mas em 2008 ficou tudo muito intenso. Eu estava acima do peso e uma amiga me indicou um médico, que fazia uma medicação lá que a pessoa emagrecia e aquela coisa toda e eu corri com ele. Comecei a fazer essa medicação e em dois meses eu estava totalmente diferente de tanto peso que eu tinha perdido. Só que as dores de cabeça eram tão intensas que eu não aguentei continuar o tratamento. Pra eu poder dar aula eu tinha que aplicar a dipirona injetável para eu poder sair de casa, porque era muita dor mesmo. Só que com o tratamento ela (a dor) se intensificou muito.

Assim, do mesmo modo que as dores se intensificavam, o trabalho com a docência também. Mariana trabalhava durante o dia em duas escolas e à noite estudava. Os finais de semana eram preenchidos com atividades escolares: planejamento, correção de tarefas de seus

alunos, produção de materiais didáticos, etc. Exercia suas funções nas séries iniciais do Ensino Fundamental, que lhe exigiam muita dedicação:

Aí era de manhã numa escola, à tarde em outra, à noite na universidade, e sábado e domingo ficava em casa fazendo planejamento, rodando atividade pra durante a semana já está tudo pronto pra poder ir à escola. E durante a semana eu não tinha tempo. Trabalhava de 1ª a 4ª séries. Ainda tinha reforço [...].

A minha interlocutora assegura que, naquele período, a universidade exigia-lhe muito, e, ao mesmo tempo, ela se esforçava para conciliar o trabalho e os estudos, pois a realização do curso superior era uma oportunidade que havia sido adiada por conta de seus filhos e do trabalho.

Eu ficava assim, eu já ficava com pena dos meus filhos, porque eu já não tinha tempo pra eles. Eu sempre adiei muito o curso universitário, justamente por eles, porque eu já trabalhava dois horários, eu já saía dois horários de casa aí mais à noite, só que aí apareceu essa oportunidade e eu comecei a fazer.

No decorrer do ano letivo chegou a um momento de grande exaustão e teve várias crises de dor. Foi internada, mas saiu do hospital sem uma solução:

Eu sei que de setembro em diante eu não ia fazer nenhuma disciplina naquele semestre, porque eu já tinha feito só que eu comecei a ter crises muito fortes. Eu lembro que um dia eu estava lá e quase eu não consigo chegar em casa com o carro, porque eu não conseguia ver o que estava na minha frente, por causa, da dor de cabeça. Era muita dor de cabeça. [...]. Eu fiquei três dias internada, mas com quadro de hipertensão. Fui pra casa quando foi em setembro foi muito forte. Setembro de 2008. Entrei no São Camilo andando ainda, mas era muita dor. Eu saí de lá sem andar, eu fui quase carregada pra casa, e sem resolverem meu problema.

Só que nisso eu já tinha ido na mesma semana, eu já tinha ido ao neurologista, eu já tinha feito um exame, é um dos mais simples. Mas em 2008 ela se intensificou muito. Eu não sei se foi porque eu comecei a estudar à noite [...]. Eu já vinha sentindo assim, há um tempo, eu não me recordo, acho que há mais de ano [...]. Era, aqui assim, [indicando o local da dor]. Uma dor aqui nos lados. Aí o médico mandou eu vim embora, porque ele não podia mais fazer nada.

Eu vim pra casa e passei a noite toda chorando com muita dor mesmo eu não conseguia, quando foi de manhã eu chamei minha mãe e pedi que ela me levasse lá no INNEURO¹⁰¹ pra eu fazer uma consulta, porque eu achava que eu não ia aguentar mais, era muita dor. Quando eu cheguei lá [...]. Aí o médico que eu tinha ido durante uns dias atrás ele que me atendeu novamente aí a minha mãe foi buscar o exame e ele disse que não tinha nada no exame, mas que devido ao quadro que eu estava, eu não conseguia nem abrir o olho quase aí ele disse que ia me internar. E, eu fiquei internada. Aí ele pediu ressonância pra eu fazer, comecei a fazer uma medicação muito forte pra dor, muito forte mesmo. E, eu acho que eu fiquei lá uns dez dias internada no São Camilo. Eu vim pra casa [...].

¹⁰¹Instituto de Neurologia do Amapá.

O médico, após um período de internação de Mariana, sugeriu que ela procurasse um psiquiatra, baseado na hipótese de uma dor tensional e possíveis sintomas de depressão. A professora relata que, naquele momento, sua reação foi espontânea: “como é que eu vou estar com depressão?”, pois, pensava: “Depressão! Isso é frescura!”

Assim, para o final dos dias que ela foi melhorando, mas eu ainda vim pra cá de novo com dor de cabeça. Aí quando eu estava pra ter alta que ele me chamou, aí ele falou pra mim que essa dor era tensional, e que eu deveria procurar outro profissional para tratar, ele falou do psiquiatra. No primeiro momento eu me assustei, porque até então quando eu ouvia falar em depressão eu achava que era frescura. “Ah, isso é frescura! Como é que eu vou estar com depressão?”

E, eu estava. E, eu sempre digo pra mamãe que eu não entendo, porque naquele momento? Porque eu estava feliz. Eu tinha conseguido perder peso, eu estava estudando de novo, eu estava trabalhando, eu estava bem, e de repente aquilo aconteceu justo naquele momento. Eu já tinha vivido momentos tão difíceis e eu não adoeci né? E de repente naquele momento que eu estava bem, eu estava muito bem. Eu saí do hospital com dor, mas eu andava normalmente, eu não conseguia me perceber com depressão. Eu ria, eu conversava, o que me maltratava era a dor.

Entretanto, devido ao estado de deterioração emocional em que se encontrava, Mariana resolveu buscar socorro na psiquiatra:

Aí que eu fui ao psiquiatra no final de setembro [2008]. Eu fui ao psiquiatra a primeira vez. Cheguei normalmente lá eu me lembro, esperando a minha vez, quando eu entrei na sala, era uma sala com meia luz, estava um clima assim [...]. Eu sentei e ele começou a conversar normalmente comigo, ele não me falou nada demais. Ele queria saber de mim, nesse momento eu não sei o que aconteceu comigo, porque eu não conseguia me controlar, as minhas pernas tremiam que levantava da cadeira. Aí ele ficou me olhando e disse: “calma!”. Chorei muito. Chorei demais, foi uma coisa incontrolável.

Aí foi até que eu consegui me acalmar, ele conversou comigo, mas o susto maior foi quando eu fui levantar, eu já não andava mais normalmente, eu comecei a andar parecia que eu tinha tido um derrame ou alguma coisa assim. Eu puxava a perna o meu corpo se tremia todo, eu não conseguia controlar a minha mão, a minha cabeça ficava balançando o tempo todo, sabe? Foi incrível aquilo, até hoje, às vezes, eu fico lembrando assim, “mas o que foi que aconteceu?” Foi o mês desse jeito, andando assim.

Com a medicalização para a dor e o sofrimento, a subjetividade de Mariana também foi anestesiada, pois, segundo ela, passava quase o tempo todo dormindo, sem condições de acompanhar o cotidiano de seus filhos.

Aí entrou com medicamento, aí era quase o dia todo dormindo, acordava e já estava na hora de tomar remédio de novo, dormia de novo, aí a minha vida começou a ficar assim [...]. E, às vezes, uns momentos que eu ficava bem eu não conseguia entender aquilo. Eu tinha uma rotina muito agitada, e de repente eu não conseguia entrar na panificadora pra comprar pão. Eu não conseguia mais acordar de manhã para acordar meus filhos pra escola. Eu fiquei totalmente dependente.

A professora foi afastada do trabalho de sala de aula, imediatamente: “o psiquiatra, quando ele me viu naquela situação ele me deu logo “noventa dias de afastamento [...], devido à medicação que eu ia precisar fazer”. Porém, Mariana lembra que antes de ir ao psiquiatra foi à escola onde trabalhava para comunicar que estava doente, falou para o diretor que precisava de alguns dias e ele foi “muito duro”, como ela menciona:

Eu estava assim nervosa, com medo, sei lá, eu já estava um pouco com aquele tremor. Começavam a conversar comigo eu perdia o controle. Eu lembro que eu fui lá conversar com o diretor que eu precisava de uns dias e ele foi muito duro comigo, eu não sei se ele achava [...]. Eu não sei se ele achava que eu estava mentindo. Aí ele ficou me olhando e disse: “É se você quer se afastar traga um atestado, porque aqui na minha escola, professor do Estado não fica fora de sala de aula”, e começou a falar as coisas assim pra mim.

O medo e as reações subjetivas da professora frente ao controle do poder da gestão escolar ativaram reações físicas e emocionais que afetam ainda mais a saúde da docente:

Eu me lembro de que quando eu cheguei ao psiquiatra que ele me deu os noventa dias, aí eu fui à Secretaria de Educação falar com a chefe do setor pessoal [...]. E nesse dia a gente chegou lá eu estava bem de novo, andando normalmente, aí quando foi chegando a minha vez de entrar [risos] a perna começou a não aguentar mais o corpo pra entrar pra conversar com ela.

A perna começou a tremer de novo, não queria mais aguentar, quando ela me viu naquele estado, ela ficou olhando e disse: “Professora, o que aconteceu?” Aí eu não conseguia falar direito, a minha voz ficava ruim, sei lá, era muito estranho aquilo. Então ela disse: “quem foi o diretor que lhe devolveu dessa maneira?” Aí, eu falei a escola que eu era, e ela disse: “só podia ser mesmo, mas não se preocupe você vai ficar aqui na secretaria com a gente, no final do mês você vem assinar seu ponto, que no momento eu vou lhe encaminhar à outra escola”, aí ficou assim até dezembro de 2008.

Nos relatos acima, Mariana diz que ao se aproximar do psiquiatra começou a tremer, “forte tremor na perna, que eu já não aguentava mais o corpo”, lembrando-se da reação que teve quando foi à SEED para comunicar a devolução realizada pelo seu diretor. Pondero, aqui, a experiência vivenciada por Mariana mediante a postura do diretor de inaceitabilidade da doença sem atestado, quando ele disse: “É, se você quer se afastar traga um atestado, porque aqui na minha escola, professor do Estado não fica fora de sala de aula”, o que agravou o estado de saúde da professora, conforme ela relata:

Durante esse período eu tinha vergonha de sair de casa, eu já não queria mais sair de casa, porque todo mundo que me via ficava me olhando na rua, devido à forma que eu andava, era horrível aquilo, você não conseguir controlar o corpo, tua cabeça não parar no lugar. É. O tempo todo eu ficava assim [balançando a perna para demonstrar], se eu parasse num lugar meus dedos não paravam a perna não parava. Era terrível. Aí esse médico que eu me tratava foi embora do Estado, quando foi em janeiro de 2009 ela me encaminhou para a escola [...] que é onde eu estou até hoje,

eu fui para a secretaria da escola e eu mudei de médico, porque o médico foi embora daqui.

A desconfiança do adoecimento docente. Segundo os depoimentos da professora, no início do tratamento a desconfiança dos técnicos do Psicossocial sobre o adoecimento docente era perceptível e funcionava como uma forma de controle: “a minha psicóloga pensava que eu mentia”. Mariana conta que foi encaminhada ao Psicossocial através da Secretaria de Educação, e ao iniciar o “tratamento” quase o abandonou porque a psicóloga desconfiava do seu adoecimento e “cercavam-se de tudo para ter certeza”.

Em 2009 eu fui encaminhada pela SEED ao Psicossocial. Aí lá no psicossocial no início quase eu abandono, porque eu pensava que a minha psicóloga pensava que eu mentia depois que eu fui entender a desconfiança dela, porque ela disse que muita gente ia e fazia de conta para se manter afastado da sala de aula. Ela disse que aconteceu muito isso lá já. Então, elas se cercavam de tudo para ter certeza. Ela fazia uns testes assim comigo tipo: “mas como é que tu estás assim?” Sabe?

Só que eu comecei [...]. Eram muitas crises que eu tinha, e aí eu acho que ela começou a perceber que eu não estava realmente mentindo [risos]. Eu até hoje tenho, às vezes, tenho dúvida e ela tentou me ajudar muito, foi uma doutora maravilhosa, a doutora [...] [refere-se a sua psicóloga]. Infelizmente ela foi embora também daqui, mas ela me pegou em um estado bem complicado, quando ela me entregou para a outra psicóloga ela já me entregou bem, muito bem mesmo.

“Misturando as estações” – Mariana narra que foi encaminhada ao psiquiatra. Ele era espírita e, de acordo com a professora, “o pecado dele foi ter misturado as estações”. Ela tinha muitas crises de dores intensas, sentia forte sensação de desespero, “parecia que ia me arrebentar por dentro”, e o médico dizia que era “espírito”.

Aí o psiquiatra que eu comecei a ir é espírita. Aí complicou tudo, porque eu acho que o pecado dele foi ter misturado as estações [risos]. Ele era psiquiatra e espírita. Então, quando eu entrava na sala ele já dizia que aquilo era espírito, porque eu tinha umas crises que tinha horas que eu começava a gritar.

Era uma dor aqui dentro [colocando a mão sobre o peito]. Eu não conseguia controlar aquilo, se eu não botasse pra fora parecia que ia me arrebentar por dentro. Eu não sei lhe dizer [...] eu pedia pra minha mãe me ajudar. Era um desespero muito grande. Muito grande!

Aí depois daquela coisa de grito eu começava a me debater, alguém tinha que me segurar senão eu batia minha cabeça. Eu tinha medo do que pudesse ser aquilo [...] Eu me lembro de que teve um dia que eu fiquei o dia todo com aquele negócio. Aí as pessoas já pensavam também que era espírito que tinha [risos].

Mas havia outros sintomas além dessas manifestações comportamentais, relata Mariana:

Sentia um aperto no peito. Uma angústia. Era muita angustia. Era um negócio assim, era estranho aquilo, porque eu nunca imaginei que a depressão pudesse causar aquilo. Aí quando eu conversava com a minha psicóloga ela dizia: “Mariana isso é histeria, isso é um processo de histeria, quando tu não agentas mais o teu corpo põe pra fora, tu tens que colocar pra fora isso”.

Para facilitar a expressão da dor, Mariana foi orientada a escrever sobre a sua angústia: “aí ela dizia ‘escreve, pega um caderno e escreve, quando tu começares a te sentir muito angustiada pega um caderno e escreve o que tu estás sentindo, que vai ser uma forma de colocar pra fora”.

Tratamento alternativo: frente ao tormento psíquico que estava vivenciando e estimulada pela sua genitora submeteu-se a tratamento alternativo. Com certo embaraço, a docente afirma que a sua mãe, por “desespero”, passou a levá-la a um “terreiro”. Mariana queixa-se do tipo de práticas do terreiro, diz que não acreditava, porém, frequentava o local como uma alternativa, e motivada pelo desejo da cura “eu ia porque eu queria melhorar não importava como fosse”. Após uma experiência, que ela classifica como “horrível”, decidiu pedir a sua família para não levá-la àquele ambiente.

Só que isso acontecia de repente, eu estava aqui conversando com você e de repente “aquilo” vinha e eu não conseguia controlar. Começava a me aperrear aqui, o meu corpo começava a tremer e eu não controlava meu corpo, eu começava a gritar, às vezes, iam pessoas me visitar em casa eu enxergava e começava a me angustiar com “aquele negócio”. Eu não sei se era vergonha. Ficava consciente. Eu entendia tudo que estavam falando, tudo que estavam fazendo.

Aí a mamãe, coitada, no desespero, começou a andar comigo em terreiro, eu andei por tanto lugar, professora. Jogaram tanta da porcaria no meu corpo já, é um negócio assim [...] [Silêncio]. Assim essas coisas, porque eu não acredito. Era bicho morto, esfregavam na gente sabe, é um negócio assim complicado demais. Foram anos assim. [Quando a professora relatou sobre essa experiência, começou a chorar, optando para não fornecer muitos detalhes sobre essas práticas]. De 2009 em diante, comecei a frequentar esses terreiros.

Eu ia porque eu queria melhorar não importava como fosse eu queria melhorar. Mas, eu já estava tão chateada de ver aquilo que eu ia sem acreditar naquilo, eu não conseguia acreditar de coração naquilo. Eu ia até pela minha mãe também, e nesse dia me amarraram lá, quando eu vim embora pra casa eu vim muito triste no carro. Cheguei aqui aí ela veio comigo pra cá, eu tomei banho, aí eu pedi pra ela nunca mais me levar nesses lugares, porque eu não queria mais passar por aquilo. Horrível. Eu disse nunca mais a senhora me leva, porque isso não vai resolver o meu problema,

Então, foi isso o que aconteceu. Eu me lembro de que na última vez que a mamãe me levou num terreiro, me amarraram lá, porque eu ia quebrar tudo lá.

Só que o desespero da mamãe era tão grande quando ela me via daquele jeito [choro]. Meus filhos já tinham medo de mim dentro de casa. Foi muito [...]. Foram anos assim [...]. Eu não agredia ninguém, era eu [...]. Era muito grande aquilo, muito forte.

Algum tempo depois deixou de frequentar o terreiro e retornou às práticas da religião católica.

E a partir daquele dia eu coloquei na minha cabeça que eu tinha que realmente acreditar em alguma coisa, porque se eu não acreditasse eu não ia conseguir sair, aí eu me voltei mais para a minha religião novamente, porque eu estava muito afastada. Eu comecei a fazer o terço todos os dias, a minha mãe vinha pra casa e a gente rezava junto, eu ia pra missa, comecei a me voltar mais e acreditar mais no que a minha psicóloga me falava. “Tira isso da tua cabeça, isso não é espírito, isso é um processo do teu problema”, a questão da histeria que ela falava [...]. E aquilo foi acalmando aquelas crises foram passando. Isso.

Tudo foi assim se acabando, aí quando ela [crise] foi embora eu já tinha ido no Dr. [...], eu voltei com ele em 2011, e em março de 2011 eu voltei a ter a dificuldade de andar. Foi um mês de novo andando com muita dificuldade, eu ia pra escola, mas o pessoal dizia: “vai embora pra casa”, e tudo isso assim foi complicado.

Com as complicações decorrentes do processo de adoecimento, Mariana foi afastada da sala de aula e colocada na secretaria da escola, passando a ser percebida como uma “pessoa inútil”.

Na escola eles me colocam na secretaria, e eu não conhecia o trabalho da secretaria. Aí eu comecei na secretaria e eu não sabia o que fazer ali. Eu fiquei igual a uma cadeira naquela sala, aí as pessoas me viam andando daquele jeito e diziam: “Ah, ela não consegue fazer”, não me davam nada pra fazer.

Professora eu chegava à escola “o que eu vou fazer?” Chega lá ninguém me dá nada, ninguém confia de me dar nada pra fazer. Eu ficava muito triste [...]. Eu saí da secretaria ano passado, que eu fui para biblioteca, onde eu continuo até hoje. Eu fui pedir, porque a minha carta foi para biblioteca, aí quando mudou de diretor eu pedir para a [...] “Professora eu não quero mais ficar na secretaria, a minha carta não é pra secretaria, a minha carta é para a biblioteca, eu não me sinto à vontade na secretaria”, e na biblioteca tinha uma pessoa num horário.

Eu disse “eu posso ficar lá com a colega, eu vou desenvolver um trabalho lá e vou ficar perto dos alunos, que vai ser melhor pra mim”, um trabalho que já se aproxima mais do que eu faço do que na secretária, porque lá eu me sentia inútil, e foi ano passado que eu fui para a biblioteca.

Uma nova crise, mesmo tomado cinco medicamentos, sem recursos para a consulta com o novo psiquiatra:

Aí em 2011 que eu voltei a andar assim [...] com tremores. É, o andar difícil. Aconteceu de repente [...] foi de repente. Comecei a ficar com dificuldade pra andar, e “meu Deus vai começar tudo de novo”, eu estava sem crise, sem nada. Eu estava estável. Tomando a medicação. Eu tomava muito remédio, nessa época eu tomava cinco tipos de medicamentos diferentes, aí [...] “vai com doutor. [...]”. Aí, eu não tinha dinheiro pra ir à consulta dele e era cara.

Aí na nossa família se reuniu e pagamos a consulta. Aí, eu fui ao doutor [...] psiquiatra, quando eu cheguei lá me sentei e fiquei lá na cadeira, aí ele ficou me olhando, só que ele é todo brincalhão, ele tentou [...] descontrair, amenizar a situação e perguntou qual o motivo deu ter ido lá, aí eu comecei a chorar que eu não aguentava falar eu já vinha logo chorando.

Aí ele dizia: “Poxa, eu pensei que tu estavas ouvindo *walkman* aí”, eu lembrei agora da *History* [uma boate em Macapá] não sei o que, aí eu fiquei olhando e eu não sabia se eu ria ou se eu ficava com raiva dele. Aí eu “caramba!” [Risos]. Aí eu mostrei as receitas que eu tinha que eu tomava a medicação. Ele ficou me olhando, me examinou e disse: “Olha Mariana [...]” Ele é muito bacana, me examinou [...]. Ele disse: “Mariana tudo que está aqui é para depressão. O problema é quando mistura um medicamento com outro, às vezes, faz essa mistura e já não dá muito certo.

Aí ele olhou e disse: “desses cinco remédios aqui tu vais ficar tomando um” que era o que eu tomava pra dormir. “Aí eu vou tirar esses outros quatro e te passar outro medicamento, que é um medicamento de ponta, um medicamento novo no mercado” e não sei o que. Esse medicamento geralmente quem toma é quem tem problema com tabagismo, aquela ansiedade, né? “Mas eu vou te passar ele, e a gente vai ver o que vai acontecer, eu te dou o prazo de duas semanas pra ti voltar a andar normal” Nossa! Eu fiquei assim muito feliz. Vim embora e ele pediu um monte de exame de cabeça, mapa, ressonância, exame de sangue, aí fui e fiz todos os exames.

A gravidez. Com a nova terapia o ânimo de Mariana evoluiu positivamente, pois, antes, como ela revela, “eu não conseguia de jeito nenhum levantar e ter prazer, nem pra abrir o olho”. Passando a perceber-se visivelmente melhor, “com uma semana eu estava andando normal, o meu ânimo mudou, eu voltei a ter prazer de cuidar da minha casa, voltei a ter prazer de cuidar dos meus filhos. Eu levantava sem precisar ninguém me chamar. Passou uma semana e parecia que eu tinha nascido de novo!”.

Mariana refere que iniciou a tomar esse remédio em 2011, e com esse tratamento foi melhorando significativamente, quando descobriu que estava grávida.

Quando foi ano passado (2013) eu descobri que eu estava grávida, aí depois que eu fiz essa medicação [...]. Aí a minha a psicóloga bateu: “Mariana faz atividade física que vai te ajudar a melhorar o humor e tal” aí eu comecei a fazer lá no SESC. Quando eu comecei a fazer eu diminuí 15 quilos, aí pronto o ânimo vai [risos], aí foi quando eu descobrir que eu estava grávida.

Nossa! Foi um susto assim muito grande, porque eu estava me preparando para fazer a redução de estômago, eu já estava de cirurgia marcada. Na hora eu chorava, porque eu sempre quis ter mais um filho, mas eu não esperava mais que fosse acontecer, porque já eram dez anos de relacionamento e não tinha acontecido, então, eu já tinha mudado meus planos totalmente, mas eu também fiquei feliz, porque eu queria muito meu bebê.

O pai do neném ficou uma semana que ele nem conseguia falar direito de tão feliz que ele ficou. Mas, depois fui rezar pra dar tudo certo. Aí me bateu “e agora essa medicação que eu tomo”, aí eu fui lá com o doutor [...], aí eu falei pra ele e ele: “Poxa, que bom!” Aí ele suspendeu a medicação. E disse: “eu vou suspender não é possível, você toma desde 2011 a gente vai conseguir aguentar”.

Ano passado, em junho de 2013. Aí o médico me disse: “Tu vais conseguir, eu vou te passar uma receita, mas é só se tu sentir necessidade. Compra e toma, mas se sentir necessidade se não, tu não tomas nada não”, aí eu vim embora. Eu passei a gravidez tão ligada com aquela situação nova de novo [...]. Eu fiquei com medo de me dar [a crise] na hora de eu ter o neném. Eu tive problemas, mas outros problemas, né? A glicose que apareceu [...].

A criança nasceu e com ela a cura da depressão. Atualmente, Mariana não toma nenhum remédio, faz apenas acompanhamento psicológico uma vez por mês:

A depressão eu hoje sinto que fiquei curada. O meu filho veio pra me dar essa vitória e desde então eu não tomo mais nada. Eu não tomo mais nada, não sinto necessidade de medicação nenhuma. Eu sinto que ele [neném] veio pra fechar aquele ciclo e começar outro.

Eu fui com o doutor [...], ano passado, eu estou querendo ir agora, porque não deu mesmo eu gastei muito [...] eram muitos exames que eu fazia. Eu me lembro de quando eu fui lá que eu falei ele disse: “Tu já sabes o que é” eu disse: não. Se for menino põe [o nome do remédio], porque é resultado do [...] [risos]. Eles até encarnam hoje com o neném cadê o “[...]” está aí? Cinco meses. E hoje em dia eu não tomo mais nada. É. Agora até mudou para mensal o meu atendimento psicológico, na Casa do Professor.

Concernente à **relação trabalho e adoecimento** a docente não atribui diretamente ao trabalho o seu adoecer, e não encontra uma razão específica para o adoecimento, tenta explicá-lo como uma possível conjunção de vários aspectos, concluindo que sempre foi uma pessoa de “engolir sapos”.

Professora, eu acho que não foi o meu trabalho em si que me [...]. Pode até ter uma relação sim, às vezes, a psicóloga perguntava: “Mas Mariana o que foi que aconteceu pra ti adoecer?” E até hoje eu não consigo conceber. Eu sempre fui uma pessoa de engolir sapo. Eu nunca fui de rebater as coisas, nunca! Sempre me falavam, me ofendiam e eu ficava calada. [...]. Eu acho que foi unindo tudo e chegou aquele momento que eu não aguentei mais. Só pode ter sido isso, porque eu não digo assim que foi uma causa específica.

Solicitada a relatar possíveis **insatisfações com a profissão docente**, Mariana diz que sempre gostou de ser professora e brincava desde a infância de ser professora: “eu lembro que eu brincava desde criança de ser professora. Eu dava aula em casa, o meu pai fez uma lousa pra mim, vinham meus primos estudar e eu ensinava pra eles a ler tudo, desde criança mesmo àquela coisa muito forte, então, eu sempre gostei da sala de aula, muito”.

Atualmente, lamenta-se por estar afastada da sala de aula, “sente-se um peixe fora d’água” por estar em outro setor da escola, principalmente pelos juízos de valor aferidos por “pessoas” que a veem como se ela não tivesse condições de realizar uma atividade. Já tentou voltar a dar aulas, mas não conseguiu devido ao comportamento dos alunos:

É muito complicado você chegar a outro setor, na situação que eu cheguei que as pessoas te veem como quem não tem condições de realizar uma atividade. É muito difícil. No município eu ainda tentei voltar eu fiquei eu acho um mês numa sala de aula, mas eu não consegui. No início ainda foi assim. Foi. Eu já tinha tido uma melhora, eu acho que tá com um ano.

Vai fazer dois anos agora em agosto que eu quis voltar. Aí logo nas primeiras semanas foi muito bom. Nossa! Eu estava assim muito feliz “caramba eu estou aqui de novo”, mas quando começou a passar uns dias assim, as crianças parecem que mudaram, sei lá, sabe? Antes a gente falava eles pareciam ouvir. (Ruídos). Parece que não ouvem mais a gente e aquilo começou a me irritar.

Meu Deus será que eu ainda não estou preparada pra voltar? Eu já não tinha mais aquela paciência que eu tinha antes. Tudo já me deixava nervosa. “Como é que eu vou conseguir controlar esse menino, que ele não quer fazer [...]”. Eu ficava pensando naquilo e eu não conseguia [...]. Foi em 2012 que eu tentei voltar. Aí eu peguei, e já não conseguia mais dormir direito, eu acordava de madrugada e não conseguia dormir só pensando naqueles meninos. O que eu ia fazer para aqueles meninos prestarem atenção, fazer atividade, e aquela confusão toda. Aí chegou o final do mês de agosto e já começou a dor de cabeça e eu chamei a coordenadora e disse: “ainda não dá”. Eu entreguei a turma que eu estava e não consegui ficar.

Queixas sobre o trabalho docente. As queixas referidas pela professora em relação ao trabalho docente estão associadas: à falta de apoio da escola; falta de respeito; às agressões de pais de alunos; ao trabalho que exige muita entrega pessoal, pois levava trabalho para casa e dormia muito tarde preparando as atividades dos alunos.

[...] só o que eu sentia quando eu estava na sala de aula era com relação ao apoio que o professor, dificilmente tem. Uma vez eu fui quase agredida na sala por um pai de um aluno, simplesmente ele entrou na escola e foi passando pra minha sala, aí por pouco ele não me agrediu na sala. Dizendo que eu tinha batido no filho dele. A minha sorte que as crianças que estavam prestando atenção no que estava acontecendo e sabiam o que tinha acontecido com o menino. Ele tinha brigado em algum lugar e chegou a apanhar na casa dele, e disse para o pai dele que tinha sido eu. Aí que eles saíram “não, não foi a professora não”, e começaram a contar o que tinha acontecido.

Eu fiquei em um estado que eu não consegui mais dar aula naquele dia. Ele fazia a 1ª série de aceleração, porque eles estavam muito atrasados. Hoje, às vezes, eu encontro ele e já está um homem reparando carro lá no [...]. Dá uma tristeza assim de ver que a pessoa de repente ficou. Foi muito complicado aquilo, então, nesse sentido de às vezes a gente não ter apoio. Naquele dia eu não tive apoio da escola.

Assim, porque eles chegaram lá e só acalmaram o pai, levaram o pai pra lá. Eu saí da sala que eu não conseguia ficar lá que eu comecei a chorar, e eu não queria fazer aquela coisa toda na frente das crianças, peguei meu material e vim embora, não consegui ficar lá. Eu não sei o que aconteceu depois. Eu não sei que jeito eles deram. [...] porque a gente não tem apoio, às vezes, da família, nem daquele aluno [...]. Na escola eu lembro que eu tinha o material todo em casa, eu tinha o meu mimeógrafo, porque chegava à escola era um pra todo mundo, quando não estava quebrado.

Eu fazia minha atividade toda em casa. Sempre muito dedicada. Eu me lembro de que... Eu tenho problema, de “LER”, na mão. Hoje em dia eu sinto muita dor. O doutor [...] disse pra mim que é só cirurgia, e eu vou só adiando. É, porque quando eu comecei a trabalhar com duas turmas era tudo pra escola, aí na escola não tinha o mimeógrafo, eu lembro que eu fazia no carbono, pegava um monte folha e aqueles pontinhos, quando não era aquela pilha de cadernos, todos os cadernos para coordenação motora. Nossa. Era assim uns 25 alunos. Duas turmas todos os dias.

Então, eu acho que foi desde disso, eu sempre fiz muito isso, e eu gostava. Todos os dias eu tinha que corrigir caderno de todos os meninos, eu não conseguia... Nossa!

Eu sempre fui muito dedicada no meu trabalho, sempre! Sempre com planejamento. Eu gostava de entregar meus planejamentos em dia, eu não gostava que me chamassem a atenção por causa das coisas, é [...] eu acho que tudo isso assim prejudicou, né?

Mariana, após relatar a sua dedicação e as queixas relativas ao trabalho docente, mesmo não tendo estimado conexão direta entre o seu adoecimento e o trabalho no magistério, com a alfabetização de crianças, em sua avaliação, ao final dessa última narrativa, diz: “é [...] eu acho que tudo isso assim prejudicou, né?”

Os sentimentos de estar fora da sala de aula e da aposentadoria. Mariana compartilha os sentimentos do “estar fora da sala de aula” e da sensação de “ser inútil” aliados ao mal-estar com a proposta de “aposentadoria por invalidez” realizada pela Junta Médica Oficial do Estado:

Ah! Eu me sinto um pouco inútil, eu lhe juro, porque eu queria estar contribuindo mais [risos]. Mas, eu acho que eu podia ainda fazer mais, eu estou muito nova assim pra [...]. Sei lá! Eu lembro que na prefeitura quando eu fui para a junta médica, o médico me viu daquele jeito e disse: “Por que você não se aposenta professora?” Eu disse: “me aposentar?” Ele disse: “É, por invalidez!” Eu fiquei olhando pra ele... “Invalidez?” Eu disse: “não doutor, isso aqui eu não estou o tempo todo assim, em alguns momentos eu fico nesse estado, em outros momentos eu estou bem, eu não posso me aposentar por invalidez.” Ele disse: “a senhora está perdendo tempo”. Eu nunca mais voltei lá, porque foi tão forte aquela palavra que eu não consegui mais voltar lá. Nossa! Eu digo não eu não estou inválida.

A reação da professora frente à injunção médica sobre a sua aposentaria aparece como um ponto comum aos outros professores, quando demonstram perplexidade, tristeza e desapontamento com essa postura médica. Para os professores e professoras, essas prováveis soluções médicas lhes comunicam a inaptidão para o trabalho, deixando-os com um sentimento de inutilidade social, e também provocam uma atitude de não aceitação, porque a concordância com tal proposta para alguns docentes seria pactuar com a invalidez pessoal e a descartabilidade do mundo do trabalho. A recusa à aposentadoria soa como forma de autoafirmação da existência social e da identidade profissional.

Entre os fatores emergentes dos relatos de Mariana foram observados: a intensificação do trabalho; carga de trabalho excessiva; o cansaço e o desgaste físico e mental; o medo da gestão; ameaças de devolução da gestão, com uma postura de proprietário particular: “na minha escola, professor não trabalha sem atestado”, entre outros. Chamou-me a atenção a ausência de autoconsciência da professora na relação adoecimento e trabalho, mesmo frente às visíveis ambiguidades. Entretanto, entendo que a presença e a imbricação de diversos fatores — familiares, sociais, profissionais e outros — possam concorrer para o adoecimento docente, evitando-se, assim, cair no dualismo direto dessa relação.

6.3.7 Trajetória de Amadeus¹⁰²: “Eu ajudei bastante e em troca recebi ingratidão!”

“Eu comecei a trabalhar muito cedo, ainda adolescente, nossa família tinha uma tradição de trabalho mercantil, com mercearia, essas coisas, então eu já tinha um horário de trabalho assim, como se fosse adulto”.

“Algumas pessoas que me chamavam de louco, porque todos os exames que eu fazia não dava nada, né?”

Amadeus, 33 anos de idade, nascido em Macapá, união estável há sete meses. Os pais são de Breves, município do Pará, e ainda jovens migraram para o Amapá. Formado no Curso de Magistério no extinto Instituto de Educação do Território do Amapá (IETA) e graduado em Pedagogia na UNIFAP, informa que parte de seus irmãos são funcionários públicos; quatro policiais, uma irmã é microempresária. O pai é taxista; a genitora é doméstica. Considera-se classe média.

Esse docente tem dois vínculos de trabalho. É professor no GEA, de Educação Especial, desde 2005, nove anos de docência. É professor, também do Município, do Ensino Fundamental I, de tempo equivalente ao do Estado. Está afastado da sala de aula de ambos os vínculos. No Estado desenvolve atividades administrativas na Secretaria de Educação do Estado e no Município atua na sala de projetos, auxiliando outros docentes.

Amadeus ressalta que desde a sua formação acadêmica sempre foi muito preocupado e dedicado. Sua dedicação foi tamanha que foi classificado em primeiro lugar no concurso para professor do Estado, na área do Ensino Especial. Na sequência, apresenta-se a trajetória docente de Amadeus. Ele narra a sua motivação ao optar pela carreira docente; fala sobre seus dois vínculos trabalhistas (rede municipal e estadual), relata a intensa carga de trabalho e anuncia alguns elementos que podem estar conectados com sua história de adoecimento:

Escolhi a profissão de docente porque quando fiz o magistério no IETA, havia uma proposta pedagógica diferenciada, atraente e interessante, com a qual me identifiquei, o que me influenciou para cursar pedagogia. Assim, recordo-me quando trabalhei com o ensino infantil na rede municipal, a labuta muito grande, sempre fui de sacrificar, ou meu final de semana, ou as minhas noites, para chegar às vezes só sete horas em casa, e ficar até [...] chegar só, comer alguma coisa, tomar um banho e fazer planejamento para o outro dia. Eu trabalhava à época, 40h semanais no Estado e 20h na Prefeitura atuando nos dois vínculos em sala de aula. Então quando retornava à casa fazia o planejamento e a preparação de materiais didáticos.

Concernente à origem do adoecimento, o professor começa sua fala afirmando que, à época, trabalhava 60 horas semanais e quando retornava para casa continuava trabalhando.

¹⁰²Foram realizadas duas entrevistas com o professor Amadeus. A primeira em 11/06/2014, com duração de 60 minutos e a segunda em 10 de agosto de 2014, com 56 minutos. Ambas nas dependências da UNIFAP.

Tinha o hábito de sentar no chão para construir materiais didático-pedagógicos. Afirma que tinha aversão a sentar-se à mesa porque já passava muitas horas sentado, na escola, e, assim, preferia sentar-se no chão, “passando horas e horas curvado, sem prestar atenção na posição postural”, como ele expressa:

Então eu lembro que eu ficava horas, curvado fazendo as coisas, até eu tinha aversão a trabalhar em mesa, até porque eu já passava o dia em mesa. Eu já chegava em casa e não queria estar em uma mesa assim, eu queria estar no chão curvado, ou queria ficar na cama mesmo fazendo trabalho na cama. Então a primeira coisa que eu senti foi a questão da coluna. Dor na coluna foi o que eu comecei a sentir.

As dores intensas na coluna surgiram, aproximadamente, após três a quatro anos de trabalho e são relatadas como os primeiros sintomas do adoecimento. Além das dores, Gabriel afirma que passou a se preocupar demais com o aprendizado de seus alunos, apreensão esta que, segundo a sua opinião, hoje considera exagerada. Diz que visitava as famílias dos alunos, individualmente. Hoje, ele reconhece que não é qualquer um que faz isso, e nem a própria família era tão preocupada com o aprendizado dos filhos.

Quanto às percepções pessoais sobre a manifestação do adoecimento, o professor verbaliza:

Quando comecei a sentir insônia, sempre depois que eu comecei a trabalhar nos dois empregos, eu comecei a sentir insônia, antes eu dormia por volta das 10-11h, depois eu já estava dormindo mais tarde, depois eu passei a dormir meia noite, uma hora da manhã, só duas horas, eu dormia nesse horário e quando dava 5h:30min eu já estava levantando de novo, eu dormia pouco, a primeira coisa que eu passei a sentir depois das dores foi isso, a insônia. Aí eu comecei a sentir dores de cabeça, com uma frequência muito grande e com o tempo foram acontecendo várias coisas.

Eu comecei a ter um medo assim, um medo inexplicável, porque eu sempre fui um professor zeloso, mas ainda assim eu tinha medo de ser chamado atenção pelo diretor, de ser chamado a atenção pelos colegas, de trabalho, eu tinha medo da avaliação que os outros fizessem do meu trabalho né? Porque me elogiavam muito né? Então parece que eu precisava manter aquilo sempre. Eu me cobrava muito, bastante, então eu comecei a sentir muito esse medo, passei a sentir muita ansiedade e não conseguia me desligar do trabalho, sempre trabalho, dificilmente saía, passei a ficar mais em casa.

Com base nesse relato percebe-se a inquietação do professor em manter a sua imagem de docente dedicado e eficiente perante a comunidade escolar e, ao mesmo tempo, o medo e a insegurança de não conseguir corresponder às expectativas dos pares e superiores. Na opinião desse professor, os sintomas iniciais não eram perceptíveis aos familiares porque eram “muito desligados”, e ele próprio não comentava com ninguém sobre o que estava acontecendo. Ele revela que se trancava em seu quarto, isolando-se do convívio familiar e social.

A partir dessa experiência de isolamento, o sofrimento se intensificou e passou a sentir muita tristeza, medo e, principalmente, medo do futuro, com frequentes crises de choro:

Eu chorava, chorava, às vezes sentia o corpo tremer, o coração acelerar, de uma hora pra outra a suar, suar bastante assim, era inexplicável, de uma hora pra outra, eu lembro que o meu irmão até falou um dia, numa dessas crises que eu tive e me levaram-me para a emergência, ele falou “o que aconteceu contigo? Semana passada tu estavas tão bem, o que foi que aconteceu contigo, Amadeus?”

Esse mal-estar já vinha sendo experimentado pelo professor há cerca de quatro meses. As crises ocorreram por volta de 2012, e em 2013 ficaram mais intensas. O professor continuou trabalhando, mesmo convivendo com esse sofrimento. E de acordo com seus relatos, o trabalho era “uma forma de escape, momento em que eu me esquecia de tudo”.

Em uma dessas crises, ele foi levado ao hospital. Além dos sintomas psicológicos, compatíveis com um quadro depressivo, estavam presentes outros de natureza mais somática — febre, dores, etc. De acordo com suas verbalizações, no hospital ele tomava remédios para dores, para febre e calmante, a crise sossegava e após certo período retornava:

[...] no hospital, tomei a medicação para dor, medicação para febre. Um calmante, eu sei que eu vim melhor de lá. Graças a Deus vim melhor da crise de lá. Mas continuou, sempre passava um tempo e voltava daí muita agonia, muita tristeza sempre, sem motivo aparente, eu não tinha motivo, porque eu não tinha problema de dinheiro, eu tinha carro, eu tinha amigos.

Amadeus deduz que a ruptura da relação de seus pais pode ter influenciado seu estado de saúde, porque após esse fato ele passou a assumir muitas responsabilidades financeiras com a família. Nesse período, ele estava realizando sua formação universitária e trabalhava em uma farmácia e com o seu salário “tomava conta financeiramente de casa”. Ele ressalta que depois que se tornou professor efetivo no Estado pensou que a situação fosse melhorar, porém, “a responsabilidade aumentou mais ainda”. Continuou pagando as despesas domésticas, “sempre fui um muro de arrimo da família”.

Amadeus relata que, além de responsabilizar-se pela parte financeira, era também considerado o suporte moral da família, “eu fui um segundo pai para meus irmãos”. Ele queixa-se, com tom de voz ressentido: “se hoje eu ainda não tenho a minha casa, se eu não tenho um carro meu mesmo [...], se eu não tenho minha família [...], agora que a gente tá começando, eu digo agora mesmo, né?” Continua a sua fala marcada por uma tonalidade de mágoas:

Se eu não tenho tudo isso assim, é porque eu fiz uma escolha, eu fiz uma escolha de ficar em casa e de ajudar a minha família, isso é “coisa” que eu não me arrependo

assim, porque todos entraram no Estado, todos agora estabilidade, porque eu ajudei bastante, em troca eu recebi assim muita ingratidão.

O professor fala da “ingratidão” por parte de alguns familiares e considera que isso o afetou e o afeta no momento atual, deixando-o com certa amargura:

Isso me afetou bastante e me afeta ainda sim, porque até hoje eu ainda ouço coisas deles assim, então teve só um que chegou um dia e disse “meu irmão obrigado!” Os outros não. [...] triste [postura reflexiva]. Me deixa com mágoa ainda, por exemplo, eu tenho um irmão que praticamente eu quase não falo com ele, porque hoje ele já é segundo tenente, ele já está muito acima dos meus outros irmãos que ainda são soldados, então ele tem uma expressão muito agressiva, muito egoísmo, ele trata todos mal, sabe? Eles cobram as coisas [...].

Amadeus retorna ao discurso do adoecimento, ponderando sobre as crises, o processo de diagnóstico e de tratamento, de suas idas para Belém para compreender a “sua doença”.

[...] quando eu comecei a sentir esse problema ninguém sabia o que era, então foi uma luta assim, eu fui pra fora do Estado à procura de um diagnóstico, fiz muitas medicações, muitos exames, coisas que eu nunca fiz na vida, pra ter uma ideia até, era uma coisa assim que não tinha fim.

Refere que quando decidiu procurar socorro fora do Amapá já estava bastante doente, e, segundo a sua opinião, foi “a pior época”. Revela que antes procurou outras formas de tratamento alternativo — acupuntura, massoterapia, frequentou o Centro de Referência e Tratamento Natural (CRTN) — e também buscou ajuda espiritual em igrejas e centros espíritas. Informa que durante o ápice das crises não tinha nenhuma autonomia, era a família que administrava a sua vida, suas contas, salários e até o levaram para “certos lugares”, que preferiu não revelar.

Eu não sei, eu não tinha mais consciência das coisas, eu não administrava nem mais a minha vida, nem meu salário, meus cartões de créditos, eu não tinha mais condições de administrar nada. Fiquei meses, muitos meses, então eles me levavam, pra onde eles me levavam eu ia. Eu não tinha escolha. Pra onde eles queriam me levar eu ia, eles chegaram a me levar até pra terreiro de macumba, pra você ter uma ideia, francamente, né? Coisa que eu odeio.

Levavam-me e eu fui lá para igreja não sei de onde, e eu ia porque não tinha escolha. Eu não tinha nem força pra falar “assim, não, eu não quero ir”. Eles que passaram a dirigir né? Administrar, eles pagavam as minhas contas, chegou uma época em que o apartamento ficou tão caro, disseram que eu não tinha condições e eu pra não perder o meu carro, meu irmão assumiu essa dívida, esse que segundo tenente agora, então essa que é uma das minhas mágoas, tivemos uns conflitos, né?

Porque a família toda se reuniu pra me ajudar, mas hoje em dia um ou dois me cobram isso, me cobram e isso me faz muito mal. Tanto que em ligações, [...], porque na última vez ele falou tantas coisas assim que sabe que me deu vontade de sair, não sei, perdi a vontade de viver, sabe? A última conversa que ele teve comigo, perdi a vontade de viver.

Percebem-se, através da análise das narrativas de Amadeus, resíduos de mágoas atribuídas a alguns familiares que ainda o fazem sofrer. Provocado para falar a respeito da “perda de vontade de viver”, ele aquiesce e passa a relatar suas repetidas experiências de tentativas de suicídio:

Uma tentativa de suicídio foi uma época das crises mais fortes. **Foram quatro vezes e quatro vezes horríveis.**

A primeira eu, é porque assim, eu queria fugir de qualquer jeito daquela situação, sabe? Meus dias não tinha mais sentido pra mim, eu ficava trancado no quarto o tempo todo, ninguém ia lá, só iam lá levar o alimento, eles preferiram fazer assim, não me incomodar. Não me incomodavam de jeito nenhum, então uma noite eu saí, eu roubei a chave do carro do meu irmão, eu aí no carro dele e fui por aí, peguei a estrada, que o meu objetivo era acabar com isso logo né? Acabar com isso porque eu estava sofrendo muito e era um sofrimento que não terminava né? Aí eu tentei provocar um acidente, né? [...] eu tentei e não consegui, passei a madrugada rodando naquele carro. Porque assim, eu saí da estrada e tentei né? Eu levava o carro, mas eu voltava, eu voltava, não tinha coragem sabe? Não sei o que é que não deixou sabe? Hoje eu já sei o que foi e é tão bonito assim de ver, porque eu passei a madrugada rodando nesse carro, eu vi o dia amanhecendo assim, tão lindo assim, aí eu voltei pra casa, meu irmão estava dormindo, eu voltei, até hoje eles nunca sabem.

A segunda foi com medicação porque eu fiz uso de muitas medicações, medicações fortes assim, coisa que eu nunca tomei. Então eu tinha muitos medicamentos ali, então eu tentei me matar com uma overdose de medicamento, eu tomei no final de tarde, pra que ninguém percebesse nada, eu pedi pra jantar cedo nesse dia né? Aí eu tomei a medicação, misturei a medicação, então eu dormi, o único efeito que teve é que eu dormi muito, apaguei. [...]. Acordei muito mal, com náuseas, enjoos e tudo, tontura e eles quiseram me levar para emergência, mas eu não quis ir, [...], foi essa única vez com medicamentos.

A terceira eu também não tive coragem, mas eu fui nessas lojas de animais, de pet né? Fui me informar como é que eles faziam a eutanásia de cachorros, então com um vendedor eu consegui comprar o material todinho e ele disse não eu vi aplicar no cão, eu disse não, só me ensina, e ele me ensinou, então eu preparei o material todo né? Mas também não tive coragem, o sangue jorrou assim, mas eu também, não tive coragem. Sim, eu ia aplicar na veia direto, mas eu não tive coragem, a minha mão tremia, e eu não consegui aplicar.

E a última vez foi que, como eu tenho muitos irmãos policiais em casa, vez ou outra, eles têm arma em casa, primeira eu tentei comprar, eu tentei comprar com amigos, eu queria inventar a história de que a minha casa estava sendo muito invadida por bandidos, eu precisava de uma arma né? Meus amigos ficaram de tentar conseguir, uns amigos policiais que eu tinha na universidade, a gente estudou junto, eles ficaram de conseguir, mas não conseguiram né? [...]. Aí um dia o meu irmão estava com uma arma lá em casa, não sei lhe dizer o qual era, eu peguei, fui para o banheiro, fiquei manuseando ela, vi se estava carregada, tudo, mas eu não tive coragem assim, eu nunca tive coragem de fazer isso.

Em relação às tentativas de suicídio anunciadas pelo interlocutor, o estudo de Durkheim (2005), publicado há um pouco mais de um século, em 1897, ainda se constitui referência para a análise desse fenômeno social, nos dias atuais. A trilogia conceitual (suicídio altruísta, egoísta e anômico) apresentada por esse grande sociólogo, como modalidade

explicativa pode orientar o meu entendimento sobre as possíveis motivações e tipos de suicídio. No caso de Amadeus, não é meu interesse, aqui, classificá-lo, porém, as tentativas de suicídio sem sucesso, aparentemente motivadas pelo sofrimento pessoal e o desejo de auto liberação da dor, podem instigar a reflexão sobre o que diz Durkheim (2005, p. 277):

O homem sensato, que sabe aproveitar o melhor possível os resultados adquiridos sem sentir perpetuamente a necessidade de os substituir por outros, encontra neles o sustento necessário para as horas difíceis. Mas o homem que sempre esperou tudo do futuro, que viveu sempre de olhos postos nele, nada encontra no passado que o console dos sofrimentos do momento presente: porque o passado não foi para ele senão uma série de etapas impacientemente percorridas.

Na concepção de Durkheim (2005, p. 326), existem diversas situações individuais que podem levar os homens a se matarem: desgostos familiares, frustrações de amor-próprio, experiências de miséria ou de doença, entre outros fatores. Segundo esse autor, “os fatos mais diversos e mesmo os mais contraditórios da vida podem servir igualmente de pretexto para o suicídio”, mas nenhum desses possíveis fatos pode ser considerado causa específica. Entretanto, na opinião do autor, a taxa social dos suicídios só se pode explicar sociologicamente, como afirma:

É a constituição moral da sociedade que fixa em cada instante o contingente dos mortos voluntários. Existe, portanto, para cada povo uma energia determinante que leva os homens a matar-se [...]. O que constitui são as correntes de egoísmo, de altruísmo ou de anomia que atuam dentro de cada sociedade juntamente com as tendências para a melancolia langorosa, para a renúncia ativa ou para a lassidão exagerada, conseqüências delas, São essas tendências da coletividade que, penetrando nos indivíduos, os levam a matar-se [...]. Eis a razão porque não há nada que não possa servir de causa ocasional do suicídio. (DURKHEIM, 2005, pp. 327-328).

No Amapá há uma alta taxa de suicídios, segundo estudos do Ministério da Saúde. Em 2004, Macapá era “a capital campeã”, no Brasil, em termos proporcionais. Estudos mais recentes foram realizados por Smith (2007) e Brandão (2015). O primeiro, uma dissertação de mestrado, aborda as ocorrências de suicídio no Amapá de 2001 a 2005; o segundo investiga os “aspectos condicionantes para o comportamento suicida no Estado”.

Quanto ao tratamento e sua condição atual de adoecimento, Amadeus relata que, atualmente, faz acompanhamento psicológico na Casa do Professor, e com um médico neurologista funcional, em Brasília. Afirma que já fez tratamento em São Paulo e em Goiânia. O médico de Goiânia forneceu um laudo no qual dizia que era praticamente inválido e que deveria se afastar de tudo, que ele era “inválido para a vida”. Então, decidiu abandonar o tratamento com esse médico.

Com o médico atual, já está sendo acompanhado há mais de um ano. É diagnosticado com Transtorno Doloroso Somatoforme Persistente (CID10 F45.4)¹⁰³.

O diagnóstico que ele me dá lá é de dor parcial neuropática (Transtorno Somatoforme). É o termo mais simples, mas tem outros nomes, assim, a dor neuropática é o tipo de dor mais difícil de tratar, sabe assim, porque você quebra um dedo, quebra uma perna, aí um anti-inflamatório faz efeito é a dor somática que a gente diz, aí já a dor neuropática não, é uma dor que é no nervo, sabe? Em algum dado momento da minha vida aconteceu assim, de o cérebro enviou pra alguma parte do corpo a mensagem de perigo, de dor, aí a parte do corpo doeu pra se proteger, pra me avisar “olha tem alguma coisa errada, tem que fazer alguma coisa” e essa mensagem não voltou mais, ela ficou ali sabe?

Sobre suas percepções frente ao diagnóstico, Amadeus declara que tem aprendido a lidar com a dor e revela que ainda “tem dias que eu tenho crise, eu ainda tenho crises [...] eu sinto dor, mas é como eu te disse, com o tempo eu fui aprendendo a lidar com ela e evitar tudo o que me faz mal”. Avalia que o médico atual o ajuda a lidar e conviver com o transtorno e a psicóloga da Casa do Professor, também.

Atualmente, esforça-se para ter uma melhor qualidade de vida, embora ainda sofra muito no trabalho. Menciona que as pessoas no trabalho perguntam sobre o seu retorno para atender aluno: O que ele faz na escola? Ele é professor de quê? Trabalha com qual disciplina? As constantes indagações dos colegas parecem duvidar da situação do seu adoecimento, pelo fato de não ser perceptível fisicamente.

Em relação ao vínculo laboral municipal, o professor atua na secretaria da escola; na escola estadual, continua no ensino especial. Ajuda os professores na elaboração de materiais didáticos, dá suporte e elabora projetos educativos e continua ativo como professor de apoio ao docente responsável da turma.

As turmas de ensino especial geralmente são compostas por seis alunos, mas esse número pode variar. A idade dos alunos e os tipos de necessidades especiais são diversificados. As necessidades mais comuns são: surdez, baixa visão, Deficiência Intelectual Mental (DIM).

Amadeus volta a falar sobre o seu sofrimento e ressalta que o transtorno que o afeta possui duas vertentes: uma emocional e outra física. Ele diz que as dores físicas já foram amenizadas e que pratica hidroginástica como terapia complementar.

¹⁰³Esse transtorno é um subtipo do transtorno somatoforme. A queixa recorrente é de dor persistente, grave e angustiante, a qual não pode ser plenamente explicada por um processo fisiológico ou por um transtorno físico. A dor ocorre em associação a conflito emocional ou a problemas psicossociais que são suficientes para permitir a conclusão de que eles são as principais influências causais. O resultado é usualmente um aumento marcante em suporte e atenção, tanto pessoais quanto médicos (CID 10, 2011, p. 165).

O professor admite que aprendeu a conviver com esse tipo de adoecimento e sofrimento. Salienta que não está “esperando a vida passar”, está namorando (união estável) coisa que não fazia antes. “Hoje já estou quase casado, ela é uma pessoa especial, é surda”. Finaliza dizendo: “então para mim é um prazer, é uma pessoa, assim, acho que nem uma mulher ouvinte entenderia”. Continua tomando remédios controlados, mas ainda sente muita tristeza.

6.3.8 Trajetória história de Marina¹⁰⁴: o fantasma da perda de si – a destituição da identidade docente

“Eu andava parece uma mendiga no período que eu adoeci”.

“A docência não me fez mal, me dava muita vontade, mais prazer”.

Natural de Macapá, 48 anos de idade, tem três filhos, graduada em Pedagogia pela UNIFAP. Queixa-se: “não fiz a minha ‘Pós’ porque quando eu ia iniciar, eu adoeci”. Possui o diagnóstico de Transtornos Depressivos (F-32) e Transtorno Depressivo Recorrente (F-33). Foi deslocada da sala de aula desde 2008 e atualmente desenvolve atividades administrativas na secretaria da escola. Iniciou o acompanhamento no Psicossocial em fevereiro de 2014.

O “problema de saúde” de Marina se manifestou em 2008, quando certo dia acordou “tonta”. A partir desse primeiro episódio de tontura passou a ter várias “crises”. Nesses episódios era levada por familiares ao hospital, onde era medicada, acalmado as crises, entretanto, sem muito espaço de tempo essas crises retornavam. Sentia “muito medo”, “os braços inchavam”, “mãos ficavam roxas”, dentre outros sintomas. Após-várias idas ao serviço de emergência, o médico a encaminhou ao psiquiatra.

Marina relatou que sua reação foi de não querer ir: “eu disse pra ele, que eu não ia porque eu não estava doida”. Para aceitar o encaminhamento do médico foi necessária a intervenção de um irmão: “aí o meu irmão se alterou comigo e disse: ‘escuta o médico, porque toda vez a gente ti traz aqui e quando chega em casa as crises aumentam de novo””.

No decorrer de seus relatos, Marina declara que teve muitos problemas de adoecimento na família, no percurso de sua história de vida, e todos esses fatos começaram a ocorrer em 1997, momento em que ela havia passado no concurso para professora do Estado e estava se preparando para assumir o cargo. Em sua opinião, todos esses eventos somaram-se para o seu adoecimento, porém, ela acredita que o trabalho docente não esteja diretamente

¹⁰⁴Foram realizadas duas entrevistas com a professora Marina. Os dois encontros aconteceram na Casa do Professor, com duração de, aproximadamente, 60 minutos cada.

relacionado ao seu adoecimento, muito embora tivesse onze turmas, naquela época. (Lecionava ensino religioso).

Em relação à sua história de adoecimento, a professora esclarece que não associa o seu mal-estar diretamente ao trabalho, mas aos fatores familiares: “a docência não me fez mal, me dava muita vontade, mais prazer. Penso que o meu adoecimento esteja relacionado às situações que aconteceram com a minha família”. Relata que os sintomas e sinais iniciais do seu problema de saúde surgiram em maio de 2008, quando um dia acordou com tontura. Demorou a começar o tratamento, recorria sempre ao serviço de emergência hospitalar, quando tinha as “crises” e “no atendimento eu tomava uma medicação só para passar aquela crise:

Eu tinha medo de tudo. Eu me tremia todinha, eu tinha medo de ficar só dentro de casa, às veias dos meus braços começavam a inchar, eu olhava para a minha mão e dizia que estava na minha visão elas estavam roxas. [...] a medicação fazia efeito só uma hora, meia hora, e voltava tudo, eu tinha que tomar banho sentada numa cadeira, embaixo do chuveiro; a porta aberta e alguém me olhando, entendeu?

A professora Marina refere-se a distintos eventos estressores em sua família, os quais, em sua opinião, se agregaram e influenciaram o seu adoecimento: separação de seus pais; a mãe teve princípio de derrame; quando melhorou do derrame, sofreu uma queda com necessidade de cuidados. Naquela época Marina trabalhava na Prefeitura e precisou se licenciar para cuidar de sua mãe. Nesse ínterim passou no concurso do Estado. Quando estava se preparando para assumir o cargo de professora no GEA, a filha adoeceu. Desenvolveu uma síndrome, perdendo os movimentos dos membros inferiores, correndo o risco de não andar mais:

O médico chegou a dizer para mim que ela não ia voltar a andar, que ela ia viver numa cadeira de rodas, só numa cama né? Aí eu me desesperei, porque a mamãe tinha saído de um problema, ela adoeceu e eu estava sendo chamada pelo Estado né? Para tomar posse. Isso foi em 1997.

Aí eu tive que tirar a minha filha do hospital, porque ela estava só ocupando leito, como o médico disse que ela não tinha mais jeito, eu a levei pra casa, eu assinei uma autorização me responsabilizando né?

Quando eu cheguei em casa, um senhor já tinha passado em casa [...] aí esse senhor disse para ele comprar o óleo elétrico, [...] aí gente usou esse óleo nela, então a gente tinha que passar só a noite, fazer massagem nos braços, nas pernas e cobrir ela, não usar ventilador e nem colocar ela lá fora, no vento e aí a minha filha ficou curada, ela voltou a andar, ela desfila, ela anda de salto, ela nada, ela faz tudo, não ficou nenhuma sequela.

Trajectoria docente: após o depoimento de aflicção e da cura da filha, Marina fala sobre a sua história de trabalho. Narra que, após a posse no cargo de professora estadual, foi

enviada para uma comunidade chamada Ambé¹⁰⁵, a 77 quilômetros de Macapá. Devido à doença da filha solicitou encaminhamento para outra localidade mais próxima. Atendida, foi enviada a Curiaú¹⁰⁶, distante sete quilômetros de Macapá: “Aí, eu comecei a trabalhar, no ensino especial, fiquei um período lá, como não tinha mais aluno para eu atender lá eu voltei e me encaminharam aqui para uma escola aqui em Macapá”. “Mas assim, eu ia trabalhar, mas com o pensamento nela [na filha], tá. Aí eu fui para a escola [...] e fiquei lá um período, lá eu atendi alunos com deficiência física, visual e outros transtornos”.

Tendo trabalhado um período nessa escola, próxima de Macapá, foi devolvida para a SEED. Nesse período, o diretor da escola onde estava a chamou de volta para trabalhar com a disciplina ensino religioso, “aí ele me colocou de volta e lá eu estou até hoje, mas antes de eu adoecer, eu estava no ensino religioso, de 2008 pra cá eu não pude assumir mais turma”.

Assim, conforme seus relatos sobre sua trajetória docente, trabalhou de 1988 a 1991 na Prefeitura (período em que a mãe adoeceu), à época “eu trabalhava na parte administrativa, no setor da folha de pagamento, era estressante”. Iniciou sua experiência docente no GEA em 1997. Desse ano até 2001, aproximadamente, atuou no ensino especial. De 2001 a 2008 atuou no ensino religioso, até maio de 2008, com os anos iniciais, do 1º ao 4º ano. “Na época, eu tinha 11 turmas. Em 2008 foi o período que eu adoeci. Aí eu fiquei na escola [...] e estou lá até hoje”.

A história de adoecimento de Marina, conforme relata, está relacionada a uma somatória e mistura de múltiplos fatores.

Aí a mamãe separou né? Minha filha adoeceu, meu irmão faleceu e aí eu sempre cuidando da mamãe, aí eu estava grávida e não sabia, da que tinha 10 anos, eu engravidei e tive o bebê, foi no período que dava as crises na mamãe, ela não resistiu e faleceu. E aí com o tempo, o meu filho foi atirado uma vez, depois foi atirado pela segunda vez (atingido por disparos de arma de fogo), aí eu tinha 11 turmas, eu não conseguia dormir, tudo foi acumulando. Isso de 2001 até 2008. Foram acontecendo todas essas coisas. E aí eu não conseguia mais, de maio de 2008 eu não sabia o que era dormir, eu tinha medo de tudo, eu andava a noite de sombrinha aberta, com uma atadura a cabeça porque eu tinha medo do sereno, entendeu?

¹⁰⁵ A Comunidade Quilombola São Roque do Ambé localiza-se cerca de 77 quilômetros de distância de Macapá e foi reconhecida como “comunidade quilombola” em 2005. Atualmente, cerca de 32 famílias vivem nessa comunidade que conta com uma escola de ensino fundamental. Disponível em: <http://www.acheimacapa.com.br/todo-amapa/69/comunidade-quilombola-sao-roque-do-ambe>. Acesso em: 25 out. 2016,

¹⁰⁶ Comunidade Quilombola localizada a oito quilômetros de Macapá. É formada por dois pequenos núcleos populacionais “Curiaú de Dentro e Curiaú de Fora”. Constitui-se em uma relevante comunidade afrodescendente existente no Amapá. O Curiaú é também uma Área de Preservação Ambiental (APA), que tem como objetivo a proteção e conservação dos recursos naturais e ambientais da região. Disponível em: <http://amapaemdestaque.webnode.com.br/pontos-turisticos/apa-do-curiaui/>. Acesso em: 26 out. 2016.

Tratamento alternativo: a professora revela que fez distintos exames médicos para investigar o adoecimento e buscou ajuda alternativa para compreender o que lhe estava acontecendo:

Eu fiz todo o tipo de exame, fui ao neurologista, fui ao otorrino, ao oculista, ao ginecologista, veio um médico de Belém para fazer um exame em mim, um exame de nome eletroneurobiografia. Aí fiz aquele exame, mas eu me senti tão mal depois que fiz aquele exame, que era um choque, umas agulhas que ele colocava no meu braço, nas minhas pernas, que me davam choque, aí eu dizia, ai meu Deus do céu, o que é que eu tenho? Mas eu não culpava Deus.

Eu ficava indo de igreja em igreja, eu queria descobrir o que era que eu tinha, fui à macumba, porque eu queria saber o que era que eu tinha, entendeu? E aí uma noite, eu cheguei da igreja e fui fazer um mingau para a minha filha, eu vi uma sombra passar por traz de mim e foi aí que o negócio piorou, por isso que eu fui à umbanda.

Os sintomas: Conforme a percepção do próprio adoecimento, Marina relata que os sintomas eram caracterizados pelo medo de tudo, tremores, insônia, tonturas, falta de apetite, sudorese, entre outros, como ela menciona:

Eu sentia muito medo, eu e tremia todinha. Medo de tudo, de tudo. Dava 5h da manhã eu ligava para todo mundo, vem aqui pra casa que eu estou com medo. Às vezes a minha irmã dizia, vai dormir que ainda é 5h, vai te aquietar e eu não conseguia.

A noite acordada tinha medo, aí mandavam molhar a minha cabeça com água de coco, eu molhei duas vezes, mas eu ficava mais tonta ainda. Eu não podia..., eu tinha medo de subir a escada, de descer sozinha. Sentia fraqueza. Eu não comia, não sentia vontade de comer, eu soava muito. Eu não comia, porque se eu comesse aquela comida eu ia passar mal. Aí eu ia ao médico, fazia exames, ele passava medicação e não passava nada.

Marina relata que, certo dia, a sua filha expressou o desejo de ter uma “mãe boa” e isso a movimentou e lhe deu forças para tentar superar o sofrimento com mais determinação. “Uma vez a minha filha disse assim, ‘eu quero uma mãe boa para cuidar de mim, eu não quero uma mãe doente’, aquilo me despertou, parece que foi assim, um empurrão que ela me deu”.

Percepções de si, antes e depois do adoecimento. Referente a esse aspecto, Marina menciona: “antes eu era uma Marina 100% boa e depois do problema, agora eu ainda não estou 100% no tratamento, creio que 70% eu estou bem, só que eu tenho medo da recaída. [...] tomo cinco medicações ainda, desde 2008, desde quando eu comecei o tratamento eu tomo medicamentos controlados”. Essa fala da professora me faz lembrar a noção de “desposseção de si”, em Birman (2012, p. 117), quando o autor afirma: “o fantasma da perda de si se coloca

em cena com toda eloquência possível. A despossessão de si se anuncia assim como uma problemática crucial no mal-estar contemporâneo”.

A professora narra que quando foi atendida na AMPREV estava muito debilitada e a Junta Médica Pericial, na condição de aparelho representante do Estado e supervisor do controle da saúde dos servidores, queria aposentá-la: “a Junta Médica queria me aposentar”. Porém, um dos médicos repensou a decisão e disse: “vamos colocar ela na secretaria ou em uma sala de leitura ou na TV escola. Um lugar na escola onde ela possa estar tendo contato com os colegas e os alunos”. Então, ela foi mandada de volta para a escola e ficou na secretaria da escola.

Marina fala sobre sua experiência inicial ao chegar nesse espaço estranho à sua experiência de professora, espaço de destituição de sua identidade docente, lugar onde quase sempre são colocados os professores adoecidos, uma espécie de periferia da escola e lugar de segregação do fora. Ela revela que “logo no início eu chegava e ficava sentada, não fazia nada, aí eu ficava ali inútil, de 13h30min até 17h30min, eu parecia uma cadeira, ali parada, sem fazer nada”.

A experiência de Mariana, de “sentir-se inútil” faz lembrar a noção de morte social de Lèvi-Strauss (1975). Nas histórias de outros docentes, a experiência de morte social, do sentir-se inútil, de destituição de si e da destacartabilidade aparecem com frequência.

O sentimento de Marina também me leva ao conto “Feliz Aniversário”, de Clarice Lispector, em *Laços de Família* (1998), quando ela descreve a festa de aniversário de idosa de 89 anos, “sentada à cabeceira”, com aquela “angústia muda”, e “o rancor roncava no seu peito vazio”. (LISPECTOR, 1998, p. 41). Posta ali, como se fosse um objeto de decoração, ignorado no ambiente de festa pelos familiares (filhos, noras, netos e bisnetos), e ninguém lhe dava atenção.

Para ser notada como pessoa a idosa teve que se impor com uma ‘cuspida’: ”Incoercível, virou a cabeça e com força insuspeita cuspiu no chão” (LISPECTOR, 1998, p. 41) e um falar com o tom destoante daquele cenário festivo, a autora diz que, “a aniversariante era apenas o que parecia ser: sentada à cabeceira da mesa imunda, com a mão fechada sobre a toalha como encerrando um cetro, e com aquela mudez que era a sua última palavra”. “A aniversariante era uma velha à cabeceira da mesa”. Mas como uma espécie de insurgência ao desprezo e à invisibilidade “explodiu amarga a aniversariante. - Que vovozinha, que nada! Que o diabo vos carregue, corja de maricas, cornos e vagabundas! Me dá um copo de vinho, Dorothy! - Ordenou”. (LISPECTOR, 1998, p. 42).

Assim, semelhante à Marina, sentada em uma cadeira, e sentindo-se “uma cadeira”, durante todo o expediente previsto de trabalho, naquele cenário escolar, onde a sua presença não é percebida, e se é vista talvez seja como uma “professora doente que está ali para cumprir um horário e não “ficar fora da folha de pagamento”. No entanto, sem o reconhecimento profissional e social. Esse sentimento para o indivíduo, de acordo com Gaulejac (2007, p. 203), “no plano psíquico e social, a ruptura de uma atividade é parecida com a morte”.

A professora, como estratégia para marcar a sua existência social ali, não cuspiu, mas, como uma forma de ressurgir da insignificância e da inutilidade profissional sentida, e como uma forma de ressurreição social, foi necessário reinventar-se e reinventar estratégias de inserção naquele novo espaço de trabalho para professores “doentes”, como ela mesma relata: “aí depois eu fui criando coragem e fui perguntando o que era pra eu fazer, se tinha alguma coisa, aí eu fui me, como é que eu posso te dizer? Pra mim foi um desafio ficar na secretaria, né? Tive que aprender, fui perguntando, fui aprendendo né?”

Com certo orgulho sobre a reconstituição de sua subjetividade e identidade profissional, Marina comenta a sua reinserção nas atividades escolares, auto atribuindo-se um papel social relevante naquilo que aprendeu fazer para voltar a existir no convívio social escolar: “na secretaria da escola [...] participo de reunião, [...] opino nas reuniões pedagógicas, aí eu fui crescendo [...] me chamavam para preparar os projetos das festas na escola, [...] e hoje eu ensino os estagiários da escola, [...] a diretora confia e pede para eu orientar eles”.

Percepções sobre o tratamento. Sobre o atual acompanhamento e tratamento, Marina menciona que não se queixa, porém, comenta uma decisão da Casa para que retornasse à sala de aula, algo para o qual Marina ainda não se julga pronta: “mas eu não estava preparada, como eu já falei, eu não estou preparada para voltar para a sala de aula, porque o barulho me irrita, me incomoda, o grito da criança me incomoda e eu já fiquei uns cinco minutos numa sala e eu não consigo, eu tenho medo de assumir uma turma e me dá uma crise de repente”.

Os gritos me incomodavam muito. Antes, quando eu era normal, nada me incomodava. Depois que eu adoeci que os gritos, os sons altos, ar condicionado, tudo me incomoda. [...] Aí agora com esse problema aí, o barulho das crianças me incomoda na sala de aula, até se eu estou na secretaria, que eles estão gritando no intervalo, eu digo para minha colega, ah esses meninos gritam muito alto, que me incomoda.

Sobre os benefícios do tratamento. Marina declara que os sons característicos da escola, atualmente, lhe soam como algo insuportável. Entretanto, reconhece os benefícios do

tratamento na Casa do Professor como ajuda à adaptação na secretaria da escola: “pra mim foi e está sendo ótimo, porque se não fosse eles eu acho que eu não teria tido toda essa mudança, toda essa transformação em querer ficar na escola e ficar na secretaria [...], porque no início eu estava ali por ficar, só para preencher um horário, para não me aposentarem, entendeu?”

A propósito do seu estado de saúde atual, a docente cita evoluções: “eu me sinto melhor, mas as pessoas que me veem na escola já pensam que eu estou boa [...]. Eu já estou usando salto alto, não podia usar, querem que a diretora me dê uma turma, mas a diretora sabe, né?”. E acrescenta: “eu vou ao psiquiatra de seis em seis meses, faço consulta e fico tomando aquela medicação até eu voltar [...], quando acaba eu tenho que comprar, para dormir, no caso”.

Conclui seus relatos falando sobre seu encaminhamento para o Psicossocial, e informa que no tempo das crises iniciais desconhecia a existência desse serviço, e tomou conhecimento dele através de uma colega:

Eu vim saber através de uma colega minha, porque eu tive que tirar licença prêmio para poder fazer o tratamento, aí eu fui a Junta e da Junta me encaminharam para a AMPREV, primeiro um me consultou, depois fizeram lá uma junta de médico, eram cinco médicos, eles viram todos os exames e a minha situação em que eu me encontrava, [...] eu fui várias vezes na AMPREV para ser avaliada ao ponto de eles quererem me aposentar.

[...] eu andava parece uma mendiga no período que eu adoeci. Saía de casa com de vestido, aquele vestido todo surrado, sandália... não tinha vontade de tomar banho, a minha filha dizia, a senhora vai tomar banho, eu dizia, não eu não quero. Era assim. Aí os amigos sumiram [...] muita solidão.

Provável relação entre trabalho e adoecimento. Em relação a esse aspecto, a professora expressa:

Ao meu trabalho eu não associo, porque eu adorava ministrar minhas aulas, tanto no ensino especial como no religioso. Porque quando eu faltava nas minhas aulas, as crianças sentiam a minha falta e os professores, também, poxa porque tu faltaste? As crianças sentiram a tua falta. Então aquilo me fazia senti feliz [...] entendeu?

Na narrativa acima, a professora revela a dedicação e a paixão ao magistério, e a forma de alimentar a sua dedicação ao magistério estava na troca e na consideração e apego afetivo de seus alunos. E mesmo com uma rotina de trabalho intensa, de segunda a sexta-feira, onze turmas, aulas todas as manhãs, planejamento, produção de material e outras atividades correlatas, afirma Marina,

[...] eu adorava, porque eu gostava né? O diretor, a orientadora e a supervisora adoravam o meu trabalho. Eu tinha onze turmas, mas só de manhã [...]. Às vezes, chegava o almoço já estava pronto né? E era assim, era uma coisa que eu gostava,

entendeu? Eu gostava muito de ministrar as minhas aulas. Até em reuniões com os professores eu sempre fazia dinâmica com eles.

Entretanto, ao falar de suas representações sobre a profissão docente a professora não oculta o sentimento de tristeza e desgosto, e em sua maneira de ver, a doença atrapalhou a sua ascensão nos estudos, e atribui-lhe a culpa de não ter cursado o Mestrado:

se eu não tivesse adoecido eu teria feito o meu Mestrado, mas como adoeci, cai um pouquinho né? Eu regredi no caso né? [...]. A minha Pós (*lato sensu*) também eu não consegui, quando as meninas foram fazer, eu não tinha condições de ler uma apostila e entender, explicar, eu fiquei muito debilitada, eu fiquei pele e osso, eu me olhava no espelho, não era eu quem estava ali, entendeu? Porque eu sempre fui magrinha, mas eu fiquei mais magra, eu pesei 33 quilos.

Dificuldades na escola: falta de materiais e recursos financeiros. Após essas declarações de perdas relacionadas ao adoecimento, Marina aponta, sucintamente, para a falta de materiais e recursos financeiros direcionados ao trabalho escolar como provável causa e dificuldades para aos docentes que acabam utilizando recursos pessoais: “algumas dificuldades eram materiais, que nas escolas a gente não tem, a gente tem que tirar dinheiro do bolso para fornecer material, papel, né?”.

Essa professora conclui a entrevista com a seguinte declaração: “a docência não me fez mal, me dava muita vontade, mais prazer. Penso que o meu adoecimento esteja relacionado às situações que aconteceram com a minha família”.

Não obstante a rotina ativa e intensa, a quantidade de turmas, as dificuldades estruturais da escola, a insuficiência de recursos, gastos financeiros pessoais para a compra de materiais didáticos, desgaste físico e mental na realização do trabalho, isso tudo associado às perdas e demandas familiares, Marina não acredita que sua história de sofrimento e adoecimento esteja relacionada ao trabalho docente. Considera que o magistério não lhe “fez mal” porque “gostava muito da sala de aula” e lhe dava “mais prazer”.

Frente às crenças e ambiguidades entre o prazer, a entrega, a resignação e a idealização da profissão ao ponto de (in)visibilizar as prováveis conexões entre intensa carga psíquica, condições ambientais inadequadas de trabalho e afetações à saúde, reporto-me às reflexões de Bertrand Vergely (2000, p. 161) sobre o sofrimento humano:

O sofrimento não tem um sentido, mas, dois. O primeiro consiste em sentir-se mal. Mal no próprio corpo. Mal na alma. Mal na vida toda. Sentir-se mal é próprio do sujeito vivo e sensível que se sente mal porque é um ser de carne e sangue. [...]. O segundo sentido do sofrimento consiste em suportar. Em dar provas de paciência quando a doença, as deficiências físicas ou a iminência da morte estão presentes. Com o que isso pode suportar as dores. De dificuldades para viver as coisas mais

simples. De angústia [...] em resistir também à adversidade. Os conflitos. Às rupturas com outrem. À violência. [...]. Enfim, em assumir a prova do tempo e da vida. De uma vida percorrida pelo sofrimento do corpo.

Neste capítulo apresentei narrativas sobre trajetórias e histórias de docentes plenas de realidades, experiências, percepções, sentimentos, frustrações e dedicação à educação do Amapá. Histórias profissionais, ricas de sentido, que se misturam às existências individuais, familiares e aos fatores associados à realidade estrutural de trabalho. Essas narrativas me fazem intuir o adoecimento psíquico como um possível resultado do entrelaçamento e imbricação dessas múltiplas dimensões.

No próximo capítulo apresento uma abordagem à parte sobre o trabalho docente no Modular (SOME). Considero-o um coletivo representativo da categoria de docentes estaduais que se embrenham nas comunidades e localidades distantes para promover a inserção social e educacional de jovens amapaenses em zonas rurais, tornando-se, provavelmente, um grupo de profissionais potencialmente vulneráveis às diversas formas de adoecimento pelas condições específicas da realidade de trabalho dessa modalidade de ensino. Delineio os modos de vida desse grupo de docentes, em um esboço preliminar de análise dessas subjetividades densas de sentidos e representações.

7 “GUERREIROS” E “DESBRAVADORES”: OS PROFESSORES DO MODULAR

“Eu costumo dizer que o Modular é um grande, dos projetos sociais do Estado, mais relevante que leva educação às localidades, fazendo o que preconiza a Constituição Federal da universalização do ensino” (BAIA).¹⁰⁷

Neste capítulo, discorro sobre o Sistema de Organização Modular de Ensino (SOME), mas conhecido por “Modular”, o “SOME”, ou apenas o “Módulo”. Conto um pouco da sua história e da realidade encarada por professores e professoras que atuam nessa modalidade de ensino, com o intuito de mostrar experiências e trajetórias ricas de entrega e dedicação ao trabalho docente. Também apresento histórias e experiências marcadas por abnegação, insuficiências e sofrimento, como prováveis fatores que contribuem para o adoecimento desses docentes que desenvolvem suas funções nas diversas localidades rurais no interior do Amapá, e que representa um possível grupo de risco para o adoecimento em suas distintas formas.

Exploro também a história de adoecimento de duas professoras que atuam nesse segmento de ensino, sendo uma do SOME e outra do SOMEI, identificando as categorias empíricas e analisando-as no conjunto com os demais dados elaborados, tentando, à medida do possível, articular suas histórias ao contexto das políticas de educação do Estado e das políticas da saúde do professor, observando conexões e “afinidades eletivas” entre adoecimento e trabalho docente.

7.1 Sorteio e pesquisa: primeiro encontro com docentes do Modular (SOME)

Meu primeiro contato com os professores do Modular (SOME) foi a convite da Diretora de Integração Municipal do SINSEPEAP para participar de uma reunião de sorteio, com o objetivo conhecer o trabalho desse coletivo de professores e participar da execução de uma pesquisa¹⁰⁸ planejada e financiada por esse Sindicato, sobre as condições de trabalho dos professores do quadro estadual em todos os municípios, inclusive dos docentes que atuam no Modular.

Ao chegar ao local da reunião, o auditório da SEED estava superlotado. As pessoas ocupavam todos os assentos no interior do recinto, e muitas outras estavam sentadas nos

¹⁰⁷ Atual coordenador do Ensino Fundamental no Modular (SOME).

¹⁰⁸ Esta pesquisa foi iniciada, em 2013, porém, não foi concluída por falta de autorização da Secretaria de Educação do Estado. O estudo ensejava construir um retrato da realidade social e das condições de trabalho dos professores, nas escolas estaduais, em todo o Amapá.

degraus, na frente do palco, outras em pé, encostadas nas paredes. Aparentemente, não havia mais espaço para acomodar aquelas que iam chegando. No decorrer do evento, consegui ficar em pé próximo à porta de entrada, de onde observava o ambiente, as pessoas, as falas e comportamentos, procurando captar os movimentos e acompanhar a dinâmica e o conjunto de ações e interações que aconteciam, simultaneamente, naquele local.

O calor úmido e sufocante, típico da “capital do meio do mundo” se mesclava ao vozerio “normal” em uma reunião de sorteio do Modular. Até aquele momento não compreendia como conseguiam se entender com aquele murmúrio. A pessoa que mediava a reunião e falava ao microfone anunciava nomes de professores, de disciplinas, de escolas e de comunidades da zona rural e, ao mesmo tempo, seus nomes eram projetados de um *Datashow* para um telão. Servidores da SEED, sentados ao redor de uma mesa, pareciam não se incomodar com os rumores, realizavam cuidadosamente os registros do que era verbalizado pelo professor que conduzia as intervenções dos participantes.

Na sequência, entendi que se tratava do coordenador do Ensino Fundamental Modular (SOME). Como fundo, naquele ambiente, ouviam-se muitos sons, conversas, protestos, denúncias e aplausos que se misturavam e formavam uma espécie de voz indiscernível. Paralelamente, no interior desse espaço, pessoas interagiam, movimentavam-se, cumprimentavam-se, outras permaneciam sentadas, muito quietas e atentas, procurando identificar o seu nome, em meio àquele intenso barulho, caracterizado por muitos sons que me deixavam fatigada.

O clima emocional do ambiente era tenso. Em alguns momentos, professores solicitavam a palavra ao coordenador e se pronunciavam sobre o conteúdo do encontro, ou apresentavam algumas denúncias e protestos sobre ausências e não cumprimento de compromissos ou sobre outras temáticas relacionadas aos próprios colegas. A princípio, demorei um pouco para entender o que ocorria naquele lugar; aos poucos fui percebendo que se tratava de um “sorteio”. Era o sorteio dos docentes do Modular, que me pareceu uma cena bastante caótica, pois eu estava vivenciando pela primeira vez aquela experiência metodológica e o fluxo do sorteio.

Posteriormente, depois de participar de distintas reuniões de sorteio, compreendi a relevância e o significado daquele momento para os professores do Modular (SOME), porque é nessa ocasião em que subjetividades (vidas), trajetórias, relações sociais, solidariedades, tempo de afastamento familiar, afetividades, qualidade de vida e outros aspectos são redefinidos.

A cada sorteio, o docente do Modular passa por uma experiência de reorganização adaptativa do eu (MELUCCI, 2004), uma espécie de transmutação da sua subjetividade, que exige processos profundos de mudanças e flexibilidade. É o momento em que se lançam em direção ao novo: novas experiências, aprendizados, descobertas, convivências, projetos, reações e laços sociais, novas estratégias de enfrentamento e de superação das dificuldades impostas pelo trabalho nas zonas rurais e ribeirinhas do estado do Amapá. Os professores do Modular (SOME) devem ser “flexíveis” e “abertos” para o inesperado, para as “surpresas”:

Porque o Módulo eu digo assim: “cada comunidade é uma surpresa”, por onde eu já passei, eu conheço Amapá desde o Jari até as aldeias do Oiapoque. Então, cada comunidade traz, vamos dizer assim, uma surpresa. E a gente quanto ao processo da convivência, tem que se adaptar àquela realidade. Não só se adaptar aquela realidade local, se adaptar com as dificuldades que são muitas, e tem aquela questão de se adaptar com os colegas, né? Porque, vai o grupo de professores que às vezes não se conhecem, cada um tem o seu modo de viver, seu modo de agir, e isso acaba gerando um determinado conflito entre o próprio grupo. Uns são muito egoístas, outros são mais flexíveis, outros são extremamente bons, outros trazem problemas de casa. Então, esse processo da convivência quando a gente chega. Eu digo assim [...] “Que eu não me preocupo tanto com a comunidade, eu me preocupo com quem eu vou”. (Prof. Vicente).

Realizado esse primeiro contato com os professores do Modular (SOME), fiz várias incursões e participei de: reuniões de sorteios, encontros pedagógicos locais e regionais, assembleias sindicais, além de conversas formais (entrevistas semiestruturadas) e informais, objetivando submergir mais profundamente no mundo desses docentes. Com a evolução da pesquisa, mediante diálogos e entrevistas com alguns professores, fui compreendendo que aquele grupo de profissionais, em seus relatos, apresentava visíveis possibilidades de adoecimento e sofrimento psicológico, associadas às características e realidade do Modular, por suas condições aparentemente difíceis e sofridas de trabalho.

Essas observações foram confrontadas com a pesquisa documental, através da consulta aos prontuários clínicos, de docentes desse segmento que são acompanhados por meio da Casa do Professor, onde foi possível verificar vários casos de docentes usuários desses dispositivos. Nesse sentido, decidi entrevistar docentes do Modular e conhecer suas experiências, trajetórias, histórias e percursos clínicos. Portanto, neste capítulo apresento relatos de experiências desse grupo de professores “guerreiros e desbravadores”¹⁰⁹ que buscam realizar a inserção social de crianças e adolescentes que vivem em comunidades recônditas na floresta amazônica, em territórios amapaenses, que me seduzem com suas ricas experiências e histórias densas de significados.

¹⁰⁹Os docentes do Modular assim se autodenominam.

Dentre os entrevistados, apresento duas histórias de docentes do Modular (SOME) e (SOMEI), mas antes faço uma abordagem geral sobre a instituição do Modular no Amapá, para que se compreenda melhor essa proposta de ensino e seus cenários socioculturais.

7.1.1 Um pouco de história do Modular

“O Modular, historicamente, foi concebido como aquele filho que o pai não quis” (BAIA).

O Modular surgiu como projeto alternativo, com o ensejo de possibilitar e garantir direitos ao acesso ao conhecimento às diversas localidades do estado do Amapá, nas quais não era possível implantar o ensino regular por motivo do conjunto de dificuldades, à época e atualmente, da educação do Estado. A instituição desse projeto de ensino foi fundamentada na Lei de Diretrizes e Bases (LDB) – a Lei 9394/96, no Art. 81, onde se lê: “É permitido organização de cursos ou instituição de ensino experimentais, desde que obedecidas às disposições desta lei”¹¹⁰.

Inicialmente, em 1982, o Modular (SOME) foi instituído para atender a clientela de segundo grau, nos municípios de Amapá, Calçoene, Laranjal do Jari, Mazagão, Oiapoque e Porto Grande, de forma experimental. À época, ofereceram-se os cursos de formação de professores de 1ª a 4ª série, como extensão do Instituto de Educação do Amapá (IETA) e o Curso Básico de 2º Grau, como extensão da E.E. Dr. Alexandre Vaz Tavares, visando à formação de professores para acolher a demanda existente no Ensino Fundamental e Médio nas escolas públicas amapaenses, conforme Rocha e Garcia (2013); Baia (2014); Projeto de criação do Modular (2011).

Para tanto, conforme relatos de professores que testemunharam a criação do Modular, ainda que esse sistema de ensino já tivesse acontecido de forma experimental entre 1982 e 1989, a SEED/AP, em 1995, “sentiu” a necessidade de reativar e reorganizar essa modalidade de ensino, propondo a composição de uma equipe técnica pedagógica para realizar uma pesquisa junto à Secretaria de Educação do Pará (SEDUC/PA) sobre a experiência desse sistema de ensino, já operante naquele Estado, com a finalidade de melhor embasar a estruturação do SOME no Amapá.

¹¹⁰Atualmente, é respaldado na Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, Lei de Diretrizes e Bases (LDB), no Art. 23, onde se lê: “A educação básica poderá organizar-se em séries anuais, períodos semestrais, ciclos, alternância regular de períodos de estudos, grupos não seriados, com base na idade, na competência e em outros critérios, ou por forma diversa de organização, sempre que o interesse do processo de aprendizagem assim o recomendar”.

Assim, em 1995, para atender as necessidades do Ensino Médio no interior do Estado, o Modular (SOME) foi inserido em três municípios: Amapá, Oiapoque e Tartarugalzinho, e na localidade de São Joaquim do Pacuí, município de Macapá. No ano de 1997 o Modular foi ampliado para os municípios de Ferreira Gomes, Itaubal do Piririm, Laranjal do Jari, Vitória do Jari e, diante da contínua demanda, para outros municípios, implantando-se, a partir de então, as modalidades Ensino Fundamental (5ª a 8ª anos) e de Educação Indígena através do Modular (SOMEI)¹¹¹.

De acordo com Baia (2014) o Modular, a partir de 2005 torna-se a Lei Nº. 0949/2005, que é o Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) dos profissionais da educação do Amapá. Esta Lei institui o ensino Modular, nos artigos 59 a 62, nos quais afirmam: “onde o Estado não puder, não tiver condições de implantar o ensino regular será, excepcionalmente, criado o ensino Modular”.

O Modular estabelece o ano escolar em 200 dias letivos, com 800 horas/aula em cada série/ano, em quatro módulos de 50 dias letivos, cumprindo o que determina a LDB (Lei nº. 9.394/96) e, tendo como “pressuposto que a educação se faz na contradição sociocultural, econômica e política, características específicas de uma concepção dialética da sociedade”. Isso de acordo com o Relatório sobre o Sistema Modular de Ensino e a situação das escolas e unidades de Ensino Fundamental e Médio Modular/SEED (2011, p.1).

Atualmente, o Modular funciona em todos os municípios do Amapá¹¹². Para a visualização da extensão desse trabalho, o Modular (SOME) atende 576 comunidades, distribuídas nos 16 municípios, onde são atendidas 70 escolas e dois anexos; há 4.800 alunos

¹¹¹O Sistema de Organização Modular de Educação Indígena (SOMEI) ocupa-se do ensino nas comunidades indígenas, possui um sistema de seleção, organização, coordenação e uma equipe de docentes específicos. Foi implantado no Estado, em 1995, com o objetivo de dar acesso e garantir o direito de Educação Escolar Indígena Diferenciada e Específica às comunidades indígenas do Amapá. Os Povos Indígenas no Amapá habitam as duas grandes reservas indígenas, que representam 8,6% de todo o território estadual, com aproximadamente 140.276 km², onde vivem os Povos Indígenas, respectivamente ao Norte do Estado, na região do município de Oiapoque; a Noroeste, em Pedra Branca do Amapari; e a Oeste no município de Laranjal do Jari, confluência com o Parque do Tumucumaque no extremo da região amapaense, com uma parcela das Terras no Estado e a grande concentração ao Norte do estado do Pará. SOMEI da Área Indígena de Oiapoque é composto por 47 professores e atende as quatro etnias: os Povos Indígenas de Oiapoque vivem atualmente nas Terras Indígenas Galibi e Juminã (localizadas no baixo rio Oiapoque); a Terra Indígena Uaçá (que atravessa o trecho do rio Tracajatuba até a cidade de Oiapoque na BR 156) no extremo Norte do estado do Amapá. Esses Povos são divididos em quatro grupos distintos com identidades socioculturais próprias, tradições e costumes: Karipuna, Palikur, GalibiMarworno, GalibiKalinã. Conforme, Rocha, Garcia (2013, p. 3) e informações concedidas pela gerente do SOMEI, realizada em junho de 2015.

¹¹²O Estado do Amapá é dividido em 16 municípios: Amapá, Calçoene, Cutias, Ferreira Gomes, Itaubal, Laranjal do Jari, Macapá (a capital), Mazagão, Oiapoque, Pedra Branca do Amapari, Porto Grande, Pracuúba, Santana, Serra do Navio, Tartarugalzinho, Vitória do Jari. Mapa do Amapá com gerais sobre os municípios disponíveis em: <http://cidades.ibge.gov.br/download/mapa_e_municipios.php?lang=&uf=ap>. As comunidades atendidas são distribuídas em diferentes localidades, próximas e distantes da capital, espalhadas no território amapaense.

matriculados no Ensino Fundamental e 1.250 no Ensino Médio¹¹³. Segundo Baia (2014), “cada escola atende, aproximadamente, de 12 comunidades”, dispersas nos 16 municípios do Estado.

Figura 18 - Mapa Político Administrativo do Amapá



Fonte: Disponível em: <<http://www.ensinodicas.com.br/2012/08/mapa-do-amapa-para-imprimir-e-colorir.html>>. Acesso em: 03 fev. 2017.

O Modular atende comunidades ribeirinhas, campesinas¹¹⁴, quilombolas, indígenas, e escolas em todos os municípios, nas localidades mais longínquas, no interior do Estado, com necessidades específicas, como afirmam os seguintes depoimentos:

Comunidades extremamente carentes, que não produzem nada, vivem dos programas sociais [...] têm outras comunidades que trabalham, produzem, pescam, mas têm outras comunidades que sofrem com a questão da natureza, por exemplo, o Sucurijú é uma comunidade que depende da água da chuva. [...] você tem a região do Bailique todinha que depende da maré, você tem a comunidade de Gurijuba, Foz do Gurijuba, comunidade Filadélfia, comunidade de Livramento do Bailique, em que o aluno estuda conforme a maré, então são várias situações. (BAIA, Coordenador – Ensino Fundamental (SOME), entrevista concedida em 19 de julho de 2014).

A grande maioria é [...] são comunidades extremamente pobres que vivem de safras. O período do açaí, o período do[...] é [...]a maioria das comunidades que a gente atende é ribeirinha. E as comunidades de estradas dependem muito da venda de farinha, mas eles têm dificuldade de coar esse

¹¹³Dados fornecidos pela Unidade de Ensino Fundamental e Médio Modular em 24 de maio de 2016.

¹¹⁴As campesinas são comunidades localizadas em áreas dos assentamentos.

alimento para vender na feira, devido, eu acho, às dificuldades dos ramais, né? Então, eles têm essas dificuldades, então, vamos dizer assim, a maioria das comunidades, vamos dizer assim, são pobres, vivem praticamente dessa bolsa família, né? Dado pelo governo, senão, não tem muita estrutura para se produzir, então, as comunidades vivem de safras, safras do açaí, safra do cupuaçu, da farinha. Esses períodos assim, período do peixe, do camarão, então, eles vivem, muito desses períodos, né? (Prof. Vicente).

Na visão de Rocha e Garcia (2013), para o melhor desenvolvimento e desempenho atual do Modular há necessidade de investimentos estruturais e políticos, pois as circunstâncias, características e carências do contexto social, geográfico, cultural e econômico onde o Modular se desenvolve, geralmente são comunidades e localidades distantes, com dificuldades de transportes terrestres e marítimos; com alojamentos reduzidos e precários, sem relação ao número de docentes; carência de materiais didáticos, efetivação de políticas voltadas para as necessidades específicas, entre outros. Como explicam Rocha e Junior (2013, p. 3),

alguns fatores que dificultam o oferecimento de um ensino de qualidade às pessoas que vivem naquelas localidades bastante afastadas da capital do Estado, proporcionaram a unidade do grupo em prol das lutas por melhorias diante dos obstáculos e da falta de ações por parte da gestão que garantam a qualidade do ensino e que venham sanar os inúmeros problemas ocasionados pelas extensões e interferências políticas sem ser respeitados, na prática, a Lei 0949/2005.

Referente à precariedade das condições apontadas e para promover a qualidade do ensino, a Coordenação do SOME avalia ser pungente a necessidade do desenvolvimento de práticas políticas e administrativas direcionadas a dirimir esses desconexos na realidade do Modular. O coordenador do SOME parece concordar sobre a urgência de investimentos nesse sentido ao relatar as carências e insuficiências de recursos e materiais, com as quais os docentes desse sistema de ensino se confrontam diariamente para a realização do seu trabalho. Além do mais, é necessário oferecer condições também à coordenação para acompanhamento pedagógico (“fiscalização”) das práticas de ensino, como ele expõe:

seria a Secretaria que deveria, também, dar condições para que a gente pudesse fazer esse trabalho de fiscalização. Fazer esse acompanhamento é muito difícil, até porque a gente depende de uma logística, precisa de transporte para ir, aí tem comunidades que são de difícil acesso como o Sucurijú, que é na costa do Amapá, pra chegar lá eu vou passar uns três dias, ir de barco, tem que ter uma logística. Aí a gente vai ter que visitar outras comunidades e uma viagem dessa tem um custo alto, todo um cronograma tem que ser feito. Essa falta de logística não nos permite essa deslocação (BAIA, coordenador SOME – Ensino Fundamental, entrevista concedida em 19 de julho de 2014).

Baia afirma que para realizar o trabalho de acompanhamento pedagógico e dar suporte aos docentes, às vezes, só é possível em comunidades mais próximas da capital do Estado.

Em algumas ocasiões, Baia já utilizou recursos próprios e até construiu um projeto para facilitar a condução desse acompanhamento e melhorar a qualidade do ensino, porém, não há profissionais disponíveis para a execução desse projeto, como expressa em seu depoimento:

A gente consegue aqui próximo, até no meu carro mesmo eu vou, faço, dou o apoio, até porque o objetivo não é só você ir para fiscalizar, mas para levar um apoio pedagógico, porque 90% dessas escolas da zona rural não têm o serviço pedagógico, ela não tem a coordenação pedagógica, ela fica muito focada no diretor esse trabalho e tem diretor que não tem essa formação pra isso, então ele nem sabe como lidar com esse trabalho.

Então, a gente tem esse projeto de ir e de ter essa equipe pedagógica, professores de oficina de trabalho aqui no estado, essa disciplina vai passar, de forma gradativa, deixar de existir enquanto componente curricular, ela vai ser inserida nas outras disciplinas e nós vamos ter uma sobra de pedagogos que ministra essa disciplina, então a minha proposta para a SEED é que esses professores, como eles já são professores, não vai ter que gastar.

A fim que, esses professores fiquem e forme uma equipe, a gente distribua em zonas e eles fiquem nessas áreas durante cinquenta dias, dez dias numa área, dez dias na outra, que não seja também de difícil locomoção para ele e a aí a gente pode dar um apoio melhor, um apoio pedagógico, mas a gente tem esse profissional [...]. (BAIA, coordenador SOME – Ensino Fundamental, entrevista concedida em, 19 de julho de 2014).

Os relatos de docentes do Modular concordam com essas denúncias de falta de investimento, como mostrarei em narrativas no corpo do texto. Os docentes afirmam que são múltiplas as adversidades encontradas para a realização do ensino nessas comunidades, porém, alguns docentes dizem-se movidos por paixões pessoais e confiança na educação como fator de transformação social para as crianças e jovens que vivem isolados, como mote para confrontar as distintas adversidades, distâncias geográficas e condições socioculturais típicas da região amazônica.

7.1.2 Quem são esses guerreiros e desbravadores?

O coletivo docente do SOME totaliza 493 professores e professoras, distribuídos nas modalidades: 354 docentes do Ensino Fundamental e 139 do Ensino Médio. A menor idade de professores no grupo é de 35 anos e a maior de 65 anos. Quanto à titulação dos docentes, atualmente são cinco doutores; 15 mestres e 313 e especialistas¹¹⁵.

Referente aos dados sobre a saúde desses professores, em maio de 2016 havia 11 docentes em licença médica e 19 em tratamento na Casa do Professor. De acordo com o

¹¹⁵Dados fornecidos pelo coordenador do Ensino Fundamental do SOME em 24 de maio de 2016.

coordenador do Modular do ensino Fundamental, o número de afastamento de professores com licença médica e em acompanhamento psicossocial varia em cada módulo. Na percepção do coordenador Baia, os tipos de adoecimento mais comuns entre os docentes do Modular são: “problemas psicológicos, depressão, alcoolismo e câncer”.

Esse coletivo de professores está organizado por coordenações distintas. Porém, o mecanismo de distribuição nas comunidades é semelhante, isto é, em forma de sorteio. Esclareço que os docentes do Modular (SOME e SOMEI) são professores efetivos do Regime Estadual¹¹⁶, todavia, para atuar nessa modalidade de ensino são selecionados através de edital, prática iniciada em 2005, com a aprovação da Lei nº. 0949/2005.

Os editais de seleção exigem que os professores comprovem a habilitação em Licenciatura Plena para a disciplina de interesse no processo seletivo. Além desse pré-requisito, “o candidato deve comprovar experiência de regência de classe em escola da rede estadual do Amapá ou ter exercido cargo de diretor ou de diretor adjunto ou de secretário e escolar de forma contínua ou intercalada com a regência de classe” (GEA/SEED, 2005, p.). Conforme depoimentos de professores e de coordenadores, a adesão ao Modular, anterior a 2005, era feita por indicação política.

7.1.3 O sorteio: momento fundamental do SOME

O sorteio é um mecanismo considerado “democrático”, utilizado pelos coordenadores do Modular para distribuir os docentes nas distintas localidades e escolas das comunidades rurais dos municípios do Amapá. É uma produção da atual gestão do Modular (SOME - Ensino Fundamental), como esclarece o coordenador: “o sorteio é uma coisa nossa, como uma coisa democrática” (BAIA, 2014). De acordo com seus relatos, é também um processo transparente, onde todos acompanham e assistem a dinâmica desse mecanismo:

porque, antes, o professor dizia “poxa só o fulano de tal que fica aqui pertinho”, os outros não havia sorteio, chegava lá e a sua Carta [de encaminhamento] estava pronta, a gente nem sabia para onde ia, na hora de pegar a Carta que você ia saber pra onde ia, nem sabia com quem ia também, eles diziam “olha você vai com tais pessoas”. O sorteio então é um processo mais democrático, porque todo mundo tá

¹¹⁶Existem também alguns docentes que pertencem ao quadro federal (professores do extinto território do Amapá) e, conforme a carência, também são realizados contratos temporários. Os professores do Modular recebem uma gratificação no valor de R\$ 3.278,00 (dezembro de 2015). Esse valor é destinado às despesas pessoais com deslocamento, alimentação, ajuda de custo, entre outras despesas. Alguns professores afirmam que esse valor é insuficiente, dependendo da localidade para onde são destinados, pois todas as despesas são pagas por eles.

vendo quem está sendo sorteado e com quem vai (BAIA, coordenador SOME – Ensino Fundamental, entrevista concedida em, 19 de julho de 2014).

O momento do sorteio é emblemático e tenso, como descreve o meu interlocutor: “No sorteio rola uma tensão muito grande, a expectativa é muito grande” (BAIA, 2014).

7.1.3.1 Logística e montagem do sorteio: “um trabalho exaustivo”

O sorteio requer um planejamento prévio e muito trabalho. O coordenador deve considerar as particularidades dos docentes (licenças médicas, gravidez, tratamento na Casa do Professor, etc.) para a sistematização do que o coordenador denomina “mapeamento”. Baia (2014) afirma que, em cada período de sorteio, ele passa noites sem dormir, porque “é um trabalho exaustivo”, e que, na maioria das vezes, quando está finalizando a organização do mapa do sorteio, chega, por exemplo, um documento de algum professor solicitando afastamento por doença.

Esse tipo de demanda exige deslocamentos no quadro do sorteio e mexe com toda a logística. No relato a seguir, o coordenador descreve detalhadamente a “logística do sorteio” e os seus cuidados ao permitir que os professores que precisam de tratamento psicossocial e outros fiquem fora dessa “logística”:

O sorteio é um pouco complicado, as pessoas olham e podem dizer “ah, é fácil”. Não é. É complicado porque você em 72 escolas, e você tem escolas que têm mais de quatro turmas, escolas que chegam até oito turmas, você tem que mensurar isso para que não falte nenhum professor pra nenhuma turma daquelas escolas, então você tem o fundamental, vou falar pelo fundamental.

No fundamental você tem o fácil e o difícil acesso, aí você estabelece: os professores que foram no módulo passado para o difícil, nesse módulo eles vão para o fácil, aí eu só faço trocar, pego toda aquela relação, joga toda aquela lista no fácil e essa do fácil joga para o difícil, aí eu enumero, cada um deles tem um número, o professor número um da disciplina da Língua Portuguesa, por ordem alfabética, o que acontece?

Mas dentro disso eu tenho que tirar quem está de licença médica, quem está de licença prêmio, quem está com alguma impossibilidade legal de viajar e quem está no Psicossocial, que ele não deixa de viajar, mas ele tem que estar numa comunidade que ele possa vim fazer o atendimento, o tratamento. Então isso nós asseguramos dentro do Psicossocial, que nós íamos garantir, que nós íamos garantir às comunidades mais próximas para ele ir e vir, se possível todo dia, então ele fica nessas comunidades.

O professor que está no Psicossocial tem essa preferência, também tem as mães que estão em período de gestação, bem avançado para dar à luz, eu geralmente não encaminho essas colegas para uma comunidade, eu tiro elas um mês antes até, dou um mês antecipado para elas, porque você colocar uma pessoa que está de oito meses em uma viagem, extremamente, complicada não dá, onde na gravidez ela pode ter problema e você não ter condições médicas lá adequadas e também né?

Porque geralmente as pessoas do interior fazem o seguinte, elas engravidam e já estão próximo, uns dois meses antes, elas já vêm pra casa de um parente aqui porque elas já sabem que pode ter o bebê.

Então são muitas coisas que eu tenho que cruzar porque se eu colocar um professor desse impossibilitado e sortear e eu não tiver como repor esse professor, vai faltar um professor lá na escola e vai atrapalhar o trabalho todinho. Então eu passo mais de mês fazendo as análises, mas quando eu deixo tudo montado, dias antes, dois ou três dias, chega documento de professor que não pode viajar, lá vai eu ter que reformular todinho pra fazer um jogo para que não falte nenhum professor, então é um trabalho muito cansativo.

Aí tem que fazer o sorteio que vai pra lá, chama disciplina por disciplina, sorteia professor por professor, escola por escola, então é um trabalho que tem me consumido, muito mesmo. Inclusive tem até me tirando um pouco a saúde, já teve dias de eu entrar naquela Secretaria de Educação oito da manhã e sair meio dia do outro dia. Tem sorteios que começam às 8h e vai até às 14h. (BAIA, coordenador SOME – Ensino Fundamental, entrevista concedida em, 19 de julho de 2014).

São perceptíveis, nesses relatos, os diversos aspectos a que o coordenador precisa ficar atento no momento do sorteio para garantir as condições de cuidado à saúde dos professores adoecidos e para que esses continuem o tratamento, principalmente aqueles que se encontram na Casa do Professor, porque, segundo o depoimento do coordenador, esses têm prioridade.

7.1.3.2 O sorteio para as áreas de rodízio: é um trabalho “muito, muito cansativo”.

Conforme define o coordenador do SOME do Ensino Fundamental, áreas de rodízio são “aqueles lugares de difícil acesso por onde todos têm que passar”. O sorteio para as escolas e comunidades que se localizam nessas áreas exige dedicação maior por parte do coordenador: “então pra mim, no sorteio, o grande trabalho é a área de rodízio”.

As áreas de rodízio são cinco¹¹⁷: Freguesia do Bailique e Igarapé Grande (localizadas no Arquipélago do Bailique); Sucurijú (Município do Amapá); Cassiporé e Vila Brasil (Município do Oiapoque)¹¹⁸. Desse modo, Baia afirma que “é necessária uma sistemática organização para garantir que não haja equívocos”, pois cada docente, de acordo com o seu

¹¹⁷“As localidades mais temidas pelos professores são as consideradas áreas de rodízio, pois são distantes, por vezes isoladas, de difícil acesso como a comunidade de Sucurijú que fica localizada no município de Amapá e seu acesso se dá apenas de embarcação fluvial, tendo que adentrar no Oceano Atlântico para se poder ter acesso à comunidade na costa do Estado do Amapá. Também existe a comunidade de Vila Brasil que está localizada no município de Oiapoque e além da viagem para Oiapoque por ônibus ou carro, os professores ainda precisam pegar uma embarcação conhecida como catraio ou batelão e viajam por 7 horas subindo o rio Oiapoque tendo que superar 25 cachoeiras. A comunidade de Vila Brasil fica na fronteira com a Guyana Francesa, estando de um lado a Vila Brasil e de outro a Aldeia Indígena Francesa de Camupi”. (RELATOS DE BAIA, 2016).

¹¹⁸ As áreas de rodízio são consideradas as localidades de difícil acesso. São classificadas, assim, devido às dificuldades para se chegar às comunidades, ao tempo de viagem e também, às vezes, as possibilidades de perigo para chegar a essas localidades, que ficam mais isoladas do meio urbano e das sedes dos municípios.

campo de conhecimento, deverá ser sorteado para essa área, e somente poderá ser sorteado de novo depois que todos tiverem passado por essas localidades¹¹⁹, como ele mesmo esclarece:

Porque eu tenho que saber, desde 2007 até hoje, quem já foi para essas áreas de rodízio, quantos foram, quem passou e quem tá na vez de ir e quem tá repetindo já, porque tem disciplinas, vamos dizer a disciplina de língua estrangeira francês, tem poucos professores porque tem uma carência muito grande, mas ela tem em média, vamos dizer 20 professores, então todos esses 20 vão ter que passar pelas áreas de rodízio. O primeiro que passou aqui, vai esperar todos os outros pra poder ir novamente. Então, dentro do sorteio tem outros minissorteios.

Então dentro do grande sorteio eu faço um microsorteio, mas eu não tenho que errar, eu tenho que realmente saber se aquele professor ainda não foi mesmo, quando que ele foi, se já faz tempo que ele foi, se ele já está apto a voltar lá, é tudo mapeado. Desde 2007 eu faço esse levantamento.

Tudo no papel, na cabeça, olhando, aqui com o meu material porque eu saio de lá (Secretaria de Educação) e venho pra cá (sua residência), entro pela madrugada, acho que eu passo uns dois ou três dias aqui, montando, porque chega em cima da hora um documento lá, olha chegou agora, esse professor não pode viajar, ela já estava no sorteio, eu tenho que tirar ele do sorteio, ver onde eu posso substituir ele. É um trabalho muito, muito cansativo. (BAIA, coordenador SOME – Ensino Fundamental, entrevista concedida em, 19 de julho de 2014).

Ainda sobre esse momento de planejamento e mapeamento dos professores para o momento do sorteio em si, Baia (2014) relata que “tornar esse processo mais democrático dá um trabalho imenso”,

porque [...] Era muito mais fácil chegar lá e dizer, “olha tua carta é essa, vai e viaja”, era muito mais fácil fazer isso, mas para tornar mais democrático, sorteio, áreas de rodízio, ainda tem os professores do curso de pós-graduação que eles não podem ir para distante, aí eu tenho que fazer outro sorteio só para esses professores, dentro do sorteio maior. (BAIA, coordenador SOME – Ensino Fundamental, entrevista concedida em 19 de julho de 2014).

De fato, o sorteio como estratégia de sistematização para o ingresso dos docentes nas diversas comunidades, localidades e escolas no interior do Estado, parece ser extenuante. Foi possível observar esse procedimento em alguns momentos. Quase sempre os trabalhos começavam cedo, às 8h da manhã, e seguiam até que cada professor fosse contemplado e a localidade para a qual era designado fosse definida. Muitas vezes, esses encontros de sorteio se concluíam por volta das 14h.

As comunidades são classificadas em: “de fácil acesso¹²⁰”, “de difícil acesso¹²¹” e “áreas de rodízio”. Essa nomeação é feita com base não apenas na distância geográfica, tendo

¹¹⁹O mesmo método de sorteio ocorre com os professores do Ensino Médio.

¹²⁰De acordo com Baia, coordenador do Some do Ensino Fundamental, a questão do fácil acesso envolve não só a distância da capital, mas também a condição do acesso, a estrutura das escolas e alojamentos e a questão da

como referência a capital do Estado, mas também são considerados outros aspectos, por exemplo: o nível de dificuldade de deslocamento e acesso às localidades.

7.1.3.2 Na “angústia do sorteio”

Baia informa que o sorteio é um processo trabalhoso, e sua “montagem” envolve muito esforço. Chama a atenção para a densa e tensa atmosfera psicológica do sorteio, que ele denomina “angústia do sorteio”, como a característica principal desse momento, não pelo sorteio em si, mas por outros motivos dele decorrentes.

Na percepção de Baia, “os docentes ficam apreensivos não pelo sorteio da localidade para onde irão, mas com quem irão”. Segundo ele, principalmente por causa de dificuldades relacionais entre alguns componentes do grupo, eles se movimentam durante o processo do sorteio para realizar permutas entre si, o que dificulta ainda mais o trabalho do coordenador, como ele expressa:

É assim: se você for perguntar pra todos eles “qual é a tua maior angústia no sorteio?” A maior angústia do sorteio, ele vai dizer “não é pra onde eu vou ser sorteado, é com quem eu vou ser sorteado. Entendeu?” Se você for pegar as permutas e for perguntar os motivos dessas permutas, vai ter um motivo falso lá, porque é preciso escrever as permutas, porque uma permuta só é liberada entre os professores. Mais de uma a gente não libera, por quê? Porque complica muito o trabalho, por exemplo, eu fui sorteado para o Maruanum, você foi aqui para o Torrão do Matapi, aí eu quero trocar com você, nós trocamos, você vai para o meu lugar e eu vou pro seu, aí depois você quer trocar com outro, já não pode mais, só uma permuta, então isso, essa relação pessoal pesa muito na hora da troca, a convivência, nós temos casos de professores que até hoje estão na justiça, caso de professores que tiveram processos judiciais, historicamente alguns casos. Temos Professores que não se falam até hoje, professores que vão para o mesmo lugar, dormem no quarto, mas não trocam uma palavra por questões do passado. Então essa relação humana, convivência em grupo é complicada.

Durante o sorteio, observei que se instala um clima “pesado”. Os professores parecem apreensivos, aguardando com expectativa o anúncio de seus nomes, das localidades e das escolas para aonde serão designados, ocasião em que também descobrem com quem irão trabalhar e conviver durante o Módulo — período de 50 dias.

comunicação. Como ele afirma, “temos escolas de fácil acesso com 21 quilômetros de distância da capital, bem como escolas de fácil acesso com 220 quilômetros da capital”.

¹²¹O “difícil acesso” também não envolve apenas a distância da capital, mas também a condição do acesso, a estrutura das escolas e alojamentos e a questão da comunicação. “Temos escolas de difícil acesso com mais de 700 quilômetros de distância da capital, bem como temos escolas de difícil acesso com 160 quilômetros acesso com 220 km da capital”.

À medida que se desenvolve o sorteio vão acontecendo as negociações de permutas, tanto de comunidades quanto de docentes, promovidas pelos próprios docentes, como forma de amenizar as possíveis tensões relacionais. A tonalidade emocional parece ser suavizada quando o sistema de trocas e negociações promovidas pelos próprios professores é bem-sucedido. As permutas devem ser comunicadas aos coordenadores para que sejam registradas e aceitas.

As motivações das permutas, geralmente são referentes às comunidades, quando o professor por interesse pessoal precisa permanecer em escolas mais próximas à capital e às equipes de trabalho, na maioria das vezes motivadas por dificuldades relacionais, entre outras. Ouvi de alguns dos meus interlocutores do Modular que o motivo dessa tensão durante o sorteio não está associado diretamente à distância ou a adversidades da localidade, mas à preocupação sobre quem será o parceiro/a com quem irá viajar e conviver durante o período do módulo, ratificando a fala de Baia.

Busquei também ouvir de alguns professores suas percepções e representações sobre a ocasião do sorteio. Eis alguns depoimentos:

A gente fica assim [...] Todo mundo faz isso, “Sucurijú?” Todo mundo fica assim, apreensivo, aí fulano de tal, os outros: “uhuu se ferrou!” Riem da desgraça do outro, olha “Vila Velha do Caciporé”, todo mundo: “não vai ser eu, não vai ser eu”. Quando sai o nome do fulano, todo mundo, “Uhuu” que horror! A nossa expectativa é da desgraça. Após o sorteio do meu nome, respiro aliviado: Ahh! “Pow!”, meu nome não entrou aí, legal! Porque eles colocam assim, uma relação de professores pro difícil acesso, uma relação de professores pra fácil acesso. Só pelo fato de você estar no fácil acesso, você já está livre da desgraça, mas quando pega: “Uhuu!” e detalhe né? Depois do sorteio, tem a situação da permuta (Prof. Roberto).

Esse professor esclarece um pouco mais sobre o sistema de permuta e afirma que há professores que pagam para efetivar a troca.

É com quem quisesse, tem gente que paga, tem gente que faz de graça por ser só amigo, aí entrou a nova chefia né? Depois daquele sorteio que a senhora estava lá né? Aí ela entrou né? Chefia geral. Aí essa professora pegou e disse: “olha gente, é porque nós estamos agora selecionando as permutas, não está mais como antes, estava muito bagunça, agora tem que ter documento porque senão eu vou indeferir”.

Esse docente nos relata que “antes a permuta era uma conquista nossa, livre”. Para assegurar esse direito teve que rivalizar e gerar uma “bronca” com a chefia da SEED, à época:

Eu a deixei terminar de falar, aí eu, porque eu sou encenqueiro, professora, encenqueiro mesmo, mas fundamentado, eu não sou o porra louca, eu disse: “ei, a permuta agora não é mais livre? Como a senhora ousa modificar uma coisa que foi conquista nossa e do sindicato? E vocês? Vocês não se incomodam não? Não vão falar nada? Só é eu, eu sou o único incomodado? A permuta é de vocês, é nossa, vocês não se incomodam? Vocês estão loucos? Aí uns dois falaram lá, aí ela quis

rivalizar comigo, eu rivalizei com ela também. Eu disse: “eu acho que uma chefe do Ensino Fundamental do estado do Amapá tem muito trabalho pra estar perdendo tempo com permuta”. [...] Da mesma maneira exatamente então, se eu vou estar num local feliz e o meu colega vai estar no local pra onde eu ia feliz, porque impedir? Aí eu fiz a bronca. Aí depois desse, teve outro sorteio e eu perguntei e a permuta aí, como é que está a permuta? A permuta voltou a ser livre, só a permuta da permuta que vai passar pelo crivo. Ah tá! Respeitaram-me!

Conforme o docente afirmou, o sistema de permuta foi uma conquista dos professores do SOME, mas para continuar sendo “uma prática livre” foi necessário defendê-la para que continuasse isenta das intervenções e medições das hierarquias administrativas da SEED.

A seguir, apresento uma sequência de imagens de uma reunião geral e de sorteio Modular (SOME), realizada no auditório da Universidade Estadual do Amapá/UEAP, em 2014, que ilustram a ambiência desses encontros.

Figura 19 - Encontro geral do Modular (SOME) – professores do Ensino Fundamental e Médio



Fonte: Acervo pessoal da autora (Macapá, abr. 2014)¹²²



¹²²Todas as imagens apresentadas nessa seção fazem parte do acervo da autora.



Fonte: Acervo pessoal da autora (maio, 2014).

Realizados o sorteio e as negociações de trocas, os professores recebem uma Portaria de Deslocamento fornecida pelos respectivos coordenadores (Ensino Fundamental e Médio) do SOME/SEED e preparam-se para a viagem. Um aspecto fundamental da organização da viagem consiste nas reuniões entre os docentes que compõem o grupo de trabalho direcionado para a mesma escola e localidade.

Essas reuniões têm como mote principal: a realização das compras de alimentos, material de higiene, entre outros itens necessários para compor o *kit* dos professores durante a permanência no módulo¹²³, além do planejamento para o deslocamento, dependendo das características estruturais da escola e do acesso à comunidade para aonde serão deslocados.

As aulas mencionadas são realizadas em forma de módulos, com duração de 50 dias. Durante esse período, os professores permanecem na escola e localidade para aonde foram incumbidos, podendo retornar à capital ou não. Geralmente, quando as localidades são muito distantes e com grandes dificuldades de deslocamento, os docentes permanecem todo o período distante de seus familiares, retornando apenas para o próximo sorteio e, assim, prepararem-se e partir novamente para uma nova localidade e experiência.

Trabalhar no Modular consiste em estar predisposto constantemente a novas e desafiadoras experiências. São múltiplos os desafios e adversidades vivenciadas por esses

¹²³As compras, na maioria das vezes, são realizadas de forma coletiva, e compõem produtos para alimentação, higiene pessoal, botijão de gás, garrafas de água, etc., conforme as necessidades estruturais da localidade. Quando a localidade não dispõe de energia elétrica, a alimentação é à base de enlatados e produtos salgados (peixes, charque, etc.) para facilitar a conservação. Segundo o coordenador do SOME (Ensino Fundamental) é comum diagnósticos de *h pylori*, entre os docentes, devido às condições da água nas comunidades e ao tipo de dieta adotada.

profissionais da educação. De acordo com observações pessoais e diálogos com alguns interlocutores do Modular, esse trabalho requer subjetividades abertas a novidades de vida, despojadas, corajosas, que possam “habituar-se” com um estilo de vida “nômade”, isolado socialmente da vida urbana, e que apreciem formas simples de viver, predispondo-se às constantes mudanças e adaptações socioculturais provocadas pelas particularidades desse modo de fazer educação.

Na sequência, apresento duas trajetórias de docentes com suas experiências e histórias de adoecimento, em um esforço para compreender um pouco mais sobre os modos de vida desses profissionais da educação.

7.2. Trajetórias docentes e “histórias clínicas”

Foram entrevistados oito professores, cinco professoras, um coordenador, dois diretores e um técnico do SOME. As trajetórias a seguir expressam experiências, dificuldades, características, especificidades e relatos de sofrimento, de adoecimento, mas também de prazer e dedicação ao ofício docente. Dessas histórias, cito aqui, duas; a primeira, mais longa pela sua densidade e, a meu ver, por situar bem a realidade docente no Modular; e a segunda, mais resumida, mas que apresenta de forma significativa vivências de trabalho na educação indígena.

7.2.1 História de Roberto¹²⁴: “A nossa indignação é uma mosca sem asas”

Conheci o professor Roberto em uma reunião de sorteio realizada no auditório da SEED, no início de 2013, circunstância do meu encontro inicial com os docentes do Modular (SOME). Na ocasião, após breve conversa informal, esse professor colocou-se à disposição para participar da pesquisa. Quando realizei o telefonema para o agendamento da primeira entrevista, o professor informou que estava em tratamento, recuperando-se de um problema cardíaco. Depois de um mês, aproximadamente, definimos a primeira entrevista, que foi realizada em sua residência, em um sábado à tarde.

Ao ser recepcionada, o professor portava um copo na mão e um litro de Campari na outra. Apoiou a garrafa e, gentilmente, posicionou uma cadeira no pátio de sua residência e convidou-me para sentar. Informei-o que eu precisava gravar a nossa conversa, e ali, a céu

¹²⁴Professor efetivo do Governo do Estado do Amapá (GEA) desde 2000 e do Ensino Modular, a partir de 2004.

aberto, seria difícil devido aos ruídos externos. Então, ele perguntou-me se eu não me incomodaria de entrar em sua casa, porque estava em construção e, também, segundo a sua descrição, estava muito “bagunçada”.

O interlocutor se apresentou bastante simpático e disposto a colaborar. Sentou-se e colocou a garrafa de Campari ao seu lado, me ofereceu um copo de refrigerante e iniciamos a conversa. Realizei três entrevistas que resultaram em 54 páginas de transcrição. O texto construído referente à sua trajetória e história de adoecimento corresponde a trechos recortados das entrevistas. Foi feito um esforço, todavia, para manter a riqueza de informações relacionada às suas experiências docentes e história clínica.

Histórico socioeconômico familiar. Roberto inicia seus relatos sobre as origens étnicas e socioculturais de seus ascendentes. Declara suas ascendências africanas e diz que se orgulha por ser negro, que é oriundo de uma família tradicional do Amapá, e que seu pai faleceu com 100 anos e 57 dias. Tem dois irmãos. “Eram para ser oito”, mas a sua mãe tinha complicações em suas gestações e morreram cinco irmãos, como ele conta:

Nasci na comunidade “Lagoa dos Índios”, que hoje está em processo de reconhecimento quilombola né? População negra e a minha mãe é paraense mesmo, de Cametá, mas o meu pai é daqui da gema, o avô era um africano que fugiu com a francesa, mas o pai já nasceu aqui. Foi uma viagem, a mãe dele era de Furo dos Portos né? Foi passear pra lá e ele nasceu, mas a origem dele é aqui, territorialmente, [Furo dos Portos faz parte do Pará], mas eu nasci aqui, meus irmãos, tudo.

[...] O meu pai naquela época era paraense, em virtude do estado do Amapá pertencer ao estado do Pará né? Mas ele é dessa região que hoje comportaria, na verdade ele só nasceu lá, mas a família toda é daqui né? O avô do meu pai que é meu bisavô veio de Caiena, ele era escravo e fugiu com a filha do governador da Guiana Francesa, Caiena, eles fugiram de lá, se estabeleceram no Mazagão, lá tem um histórico, eu conversando com um povo de lá, tem uma história de um negro que vivia com uma francesa e é justamente o meu bisavô né?

[...] o meu avô era letrado, era oficial de justiça do tribunal de Justiça do Pará que era aqui no Amapá, quando houve essa mudança, no caso ele morreu antes dessa virada, de Fórum do Pará para o Amapá.

O meu pai não era letrado, mas era muito culto, meu pai tinha muita leitura, falava um português bem clássico e com influência espanhola ainda, ele não falava varrer, ele falava “barrer”, berruga né? Então aquelas palavras que quase todo mundo falava errado, ele falava correto, em entretenimento, todo mundo falava “interter”, ele falava entreter, muito, muito bom, aí é interessante essa questão da leitura em casa né?

[...] a minha mãe tinha muita sede de estudo, de leitura, sede de estudar e não pode estudar, filha de interior, mas ela sabia aquele básico, ela era a educadora formal, aquela da palmatória e meu pai era o educador lúdico, ele lia pra gente os verso, ele fazia versos, ele lia aquelas historias, aqueles livretos de histórias, então eu acho assim, que isso influenciou muito a questão de eu gostar de ler, a questão da matemática, também. Ele era brilhante, ele olhava uma vaca e dizia: “dá tantos quilos”, avaliava só no olhar, avaliava o peso e sabia quanto dava em dinheiro.

Roberto descreve-se como pertencente a uma família de situação socioeconômica confortável e superior às demais da comunidade:

Não classe baixa, como é que eu posso dizer? Na nossa comunidade nós não éramos os ricos, mas não éramos os “ferrados”, também. Eu lembro que o meu pai tinha um lampião a querosene, o lampião melhor que o nosso, era um a gás, que um negro que tinha, meu pai tinha um fogão a querosene que era o melhor, aliás era raro na época, meu pai é de 1901, ele morreu com 100 anos e 57 dias, lúcido.

Então, nós tínhamos uma bicicleta. Não era todo mundo que tinha, era raro. Nós tínhamos cavalos, chegamos a ter 100 rezes dentro da nossa comunidade era o que mais tinha, depois dele era o rico de fora, o doutor que tinha cento e pouco, mas não era muito mais do que nós, não é interessante?

Eu revirando uns documentos um tempo desses, encontrei um documento do Janary Gentil Nunes dando ao meu pai um crédito de não sei quanto, de mil, não sei se era cruzeiro, se era mil contos de réis, alguma coisa assim, mas era muito que era pra comprar tarugos, arames, meu pai tinha uma boa extensão de terra, 100 hectares de terra. [...] não éramos ferrados, mas, o meu pai não ostentava, ele era muito mão fechada né?

Eu lembro quando eu pedia mil cruzeiros, um real hoje, “pai me dê mil cruzeiros”. Eu tinha que fazer um trabalho ali porque geralmente era para comprar material escolar, ele me ouvia pacientemente, no final ele dizia, “não tenho”, e eu sabia que ele tinha, mas isso foi legal, me fez vender *shop*¹²⁵ com nove anos, picolé com doze, entrei no SENAI com quatorze, saí com dezesseis e já fui trabalhar de carteira assinada. Então aquilo ali, o que tenho dele [...]

Meu pai faleceu em 7 de janeiro de 2002, ele que ia cortar o bolo de Macapá e faleceu poucos dias antes. A mamãe é viva e muito forte, mas ela adoeceu e se manifestou aquela varicela óssea, aquilo era uma máquina! Ela é de 1944. É bem mais jovem que meu pai, o cara era conquistador, teve oito mulheres [risos]. Agora, em 2014, ela tem 70 anos.

História de trabalho: “Bem, como toda a criança do interior né? Sonha ser doutor e ser rico”. O professor Roberto relata que começou a trabalhar muito cedo, inicialmente como vendedor de *shop*, aos nove anos e depois aos doze como vendedor de picolé, depois mecânico, até chegar à profissão de docente. Diz também que sempre foi movido pela “vontade de ser rico”, conforme seus relatos:

Então muito cedo, muito cedo eu trabalhei. Eu sempre trabalhei: nove anos eu vendi *shop*, onze e doze eu vendi picolé. Quando eu saí da venda de picolé foi porque eu entrei no SENAI¹²⁶, então eu estudava no colégio normal e fazia curso de mecânica no SENAI, justamente porque diziam que mecânica de automóvel dava muito dinheiro.

¹²⁵ Nome regional para suco de frutas congelado em saquinhos plásticos. Em Fortaleza é denominado “dim-dim”.

¹²⁶ Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial.

Eu tinha um primo que trabalhava na ICOME¹²⁷ e quando ele chegava da ICOME com aqueles sacos de dinheiro, carregava dinheiro no saco, isso era fantasioso pra gente, que era criança, adolescente, né? E eu fiz o curso do SENAI, eu concluí até com meio ano antes, era dois anos e meio, passei a atuar como mecânico, trabalhei na extinta Irmãos Zaguri¹²⁸, que era representante da Ford e da Yamaha. Depois trabalhei na Minuano, acabei encaminhando para a motos, motocicletas, montei uma oficina.

Montei uma oficina de motocicleta e também fiz uma besteira né? Parei de estudar, parei de estudar. Então aquela vontade de ser rico, de trabalhar, de coisa, eu montei a oficina e isso me desvirtuou um pouco do caminho dos estudos né? Eu parei no segundo anos e parei e um curso bom, também, era a eletrotécnica, se eu estivesse feito possivelmente eu estaria na Eletronorte e passei exatamente quatro anos sem estudar né?

Roberto relata que, certo dia, observando a sua imagem como mecânico, teve uma tomada de consciência e decidiu retornar aos estudos.

Uma besteira muito grande e, num dado momento assim, eu olhei para as minhas mãos, para os meus pés, para as minhas roupas e eu disse: “Não, isso não é pra mim”. Eu já sendo o dono da oficina, “isso não é pra mim, eu estou todo sujo, estou fedendo a óleo, eu estou sujo de graxa a minha roupa tá horrível”. Tinha três bons mecânicos de motocicleta aqui no Amapá, eu era um dos três, eu me coloco no terceiro, mas todo o mundo dizia que eu era bom, e aí eu resolvi estudar, resolvi terminar o terceiro ano.

Ele conta que sendo proveniente de uma família do interior não sabia que existia a universidade, como espaço para continuar estudando após o Ensino Médio, e que incentivado por um amigo foi para Belém para dar continuidade aos estudos.

Não existia na minha cabeça a ideia de Faculdade, eu não sabia que existia esse espaço aqui, eu não sabia que para ser doutor tinha que passar por uma universidade [risos]. Isso é hilariante, mas é verdade. Meus pais do interior, minha mãe do interior, não passava pela minha cabeça que existia uma universidade, que tinha um espaço que depois do Ensino Médio que se estudava mais, mais e mais, né?

Em Belém, fez o terceiro ano do Ensino Médio e estudou eletrotécnica, porque gostava das ciências exatas, porém, posteriormente, passou a se identificar com as ciências humanas, e decidiu cursar Direito.

Como eu tinha feito eletrotécnica que eu gostava muito de ciências exatas, química, física, eu brincava, mas eu acho que no fundo, no fundo, eu falava sério em querer ser um cientista nuclear, eu gostava muito dessa área de bomba, de coisas, ciência exata me atraía muito. Aí eu fiz ciências exatas, no meio do curso, lá pelo mês de junho, mais ou menos eu comecei a cambar pra ciências humanas, do nada, por isso

¹²⁷ Indústria e Comércio de Minérios S.A. (ICOMI). Indústria que realizou a exploração do minério de manganês na Serra do Navio, Amapá (Brasil). Instalou-se na região na década de 1950 do século XX e foi a primeira experiência de mineração industrial na Amazônia. (MONTEIRO, 2003).

¹²⁸ A Irmãos Zagury e Cia Ltda. Era uma Sociedade Empresarial Limitada de Macapá-AP, fundada em 29 ago.1966. Sua atividade principal era o Comércio A Varejo de Peças e Acessórios Novos para Veículos Automotores. Funcionou até o fim dos anos 1990.

que eu acho que sou de “surto”, comecei a cambar para ciências humanas e resolvi fazer Direito, “não, vou fazer Direito”.

Roberto classifica sua experiência em Belém como “complicada” do ponto de vista financeiro: “andei fazendo uns ‘bicos’ em Belém e a mamãe passou a mandar dinheiro pra mim, eu ainda cheguei a montar uma oficina pra mim lá em Castanhal, mas não deu muito certo [...]”.

Posteriormente, inclinou-se para as Ciências Humanas, sendo orientado por uma professora a cursar Magistério¹²⁹, como condição preparatória para fazer o curso de Direito, campo de estudo de seus desejos.

Aí tá, no meio do ano eu cambei, de uma hora pra outra assim, pra “Humanas”. Disse assim “quero fazer Direito, olha só a mudança né? Aí tá! Fiz. Comecei me preparar muito, comecei a ler muitos livros e no final do ano, na casa de uma professora, ela disse pra mim “Roberto, faz primeiro Magistério, o Magistério vai te dar condições de concluir teu curso de Direito. Teu curso de Direito é um curso caro e tu vai ver, tu vai gostar” e eu nunca pensei em ser professor, nunca mesmo, nunca tinha pensado, não passava pela minha cabeça.

Como se observa, parece que a escolha da profissão docente aconteceu por situações contingenciais, por vias indiretas, pois, conforme as afirmações do professor, “eu nunca pensei em ser professor, nunca mesmo, nunca tinha pensado, não passava pela minha cabeça”.

Trajetórias e experiências docentes no Modular (SOME). Roberto ingressou no SOME como forma de completar sua renda financeira. Além do cargo de professor da rede estadual, trabalhava em uma escola privada na função de diretor e, à época, havia pedido demissão desse emprego:

Quando eu entrei no modular, eu era diretor de uma escola particular. Eu tinha dois empregos. Esse é o caminho de quase todo mundo que está no Modular, eu tinha dois empregos, aí eu por [...] por uma grande por uma raiva eu vim a pedir demissão da escola particular e isso me deu um impacto muito no meu poder aquisitivo [...]. Aí eu fiquei só com o vínculo do Estado e isso me abriu um buraco muito grande né? Falta de emprego. Aí um amigo meu disse: “Roberto, o Módulo, é o Módulo pra ti, Módulo”. Ele já era do Módulo, e eu entrei nesse [...]. Eu nem imaginava o que era o Módulo, nem passava pela minha cabeça.

O professor salienta que não tinha conhecimento do trabalho do Modular. Sabia, somente, que os docentes do Modular recebiam uma gratificação, como todo mundo falava — uma “gratificação gorda”. Então, em fevereiro de 2004 começou a fazer parte do quadro de docentes do SOME, e em março de 2004, fez sua primeira viagem.

¹²⁹Naquela época era curso de formação de professores do pré-escolar e das séries iniciais (da primeira à quarta série) do Ensino Fundamental.

Ele ressalta que, em sua opinião, os administradores e coordenadores do SOME, à época, “faziam de propósito, [escalavam] os professores novatos para os piores locais”. “Eu peguei Filadélfia do Bailique¹³⁰, vinte e quatro de horas de viagem de barco, quatro casas, uma igreja [...]”. Ele continua:

Assim era a comunidade, a última do Bailique, porque lá até a água é salgada. Aí vem logo a “porrada” né? Eu não bebia [referindo-se ao álcool], hoje eu estou com um copo de bebida na mão lhe atendendo. Eu não bebia. Aí vem logo aquela falta da família [...].

Eu era casado, mulher linda, minha filha [...]. Aí vem logo, como é que tu vai suprir isso? E a gente não percebe, a gente está tão embebida, emprenhado pela ideia do dinheiro né? Que vai, mas aí vêm os problemas logo, olha só, vinte e quatro horas de viagem sem um único telefone, para se comunicar. Pra falar pra Macapá tinha que pegar um barco, duas horas de viagem (risos) pra chegar numa comunidade que tinha o telefone, aí chegava lá o telefone não funcionava, aí tudo isso vem! Isolamento total, [...].

Roberto chama a atenção para a falta de preparação dos professores para irem trabalhar nessas comunidades distantes da capital, diferentemente de outros profissionais, como aponta:

[...] o soldado, quando ele vai à Operação Boina, o Bope, o Exército, eles são preparados pra isso, nós não somos. [Nós professores] de cara, a Secretaria já joga, hoje é sorteio, eu vou pra um interior por sorteio, na época, parece que ele “ah esse é novato, toma o pior lugar”. Nós temos dentro do Modular, nós temos o Filadélfia do Bailique, nós temos o Sucurijú¹³¹, que são lugares extremamente distantes e difíceis de acesso. [...].

Eu fui trabalhar no Sucurijú, quando eu terminei meu trabalho eu passei uma semana pra tentar sair de lá [...] aí imagina, longe da sua família, família natural né? Mulher, esposa, mãe, irmãos, longe de amigos. Porque a gente chega num interior desse, ninguém conhece, “ah, é aquele pessoal estranho?” Quando você começa a fazer amizades, que pra fazer amizades não é assim de uma hora pra outra, é no mínimo 30 dias, 40 dias e você já está indo embora pra outro local, onde começa tudo de novo. Aí o que é que vem como suporte? Do álcool, hoje eu sou um alcoólatra.

¹³⁰O Arquipélago do Bailique é um conjunto de ilhas que fazem parte do município de Macapá. A sua população é de, aproximadamente, seis mil habitantes. O Arquipélago é composto por oito ilhas, apenas duas não são habitadas: a Ilha do Meio e Parazinho, sendo que nesta última localiza-se a reserva biológica do Parazinho. Filadélfia é uma das comunidades mais distante do Bailique.

¹³¹Sucurijú é um distrito do município de Amapá. De acordo com (IBGE, 2010), sua população, em 2010, era de 939 habitantes, sendo 483 homens e 456 mulheres. Foi criado pela Lei Federal nº 3.055, de 22 de dezembro de 1956. Sucuriju caracteriza-se por uma planície inundável Fúlvio-marinha, com sedimentos fixados, predominantemente por manguezais. Dista a 120 quilômetros do município do Amapá e 220 quilômetros de Macapá, capital do Estado. Apresenta uma área de 16.700 ha, localiza-se no extremo Norte do estado do Amapá, na margem direita do rio Sucuriju, próximo de sua desembocadura. O acesso ao distrito do Sucuriju tem duas alternativas: via sede do município de Cutias do Araguari, e daí de barco regional viajando 18 horas, dependendo das condições da maré e das condições climáticas; a segunda alternativa é o deslocamento a partir da sede do município do Amapá, e daí, em barco regional viajando 20 horas, também dependendo das condições de maré e clima. (IBGE, 2010). Os professores queixam-se das condições precárias desses barcos tornando a viagem ainda mais desgastante, principalmente para as professoras, devido à ausência de banheiros. (IBGE, 2010).

Perdi minha família, moro sozinho, como você está vendo [...] nessas condições [...] [aponta para o ambiente de sua residência].

O professor relata a sua experiência no ensino Modular com aparente tom de tristeza. Narra sobre o seu ingresso no álcool e diz que se considera atualmente¹³² uma pessoa dependente. Comenta sobre o afastamento social de amigos e familiares e, principalmente, queixa-se da solidão, e fala sobre a perda da família. Ele atribui a dependência alcoólica ao estilo de vida a que os professores do SOME são submetidos.

Devido às exigências de mobilização, os professores do Modular permanecem em uma comunidade, cerca de 40 a 50 dias, dependendo da carga horária da disciplina. Quase sempre os módulos são de 50 dias e isso significa que, ao término, os docentes retornarão à capital para participar de um novo sorteio. Na ocasião do sorteio, os coordenadores planejam-no de acordo com a carência das escolas localizadas nas diferentes comunidades e localidades, muitas delas em áreas ribeirinhas.

Sendo assim, o afastamento social de familiares e de amigos é algo marcante na vida desses docentes, nas dimensões socioafetivas de suas vidas, podendo também provocar rupturas de laços e condições favoráveis para o seu sofrimento e adoecimento psíquico.

Eles queixam-se, além da distância social e afetiva, das precárias condições de trabalho: de moradia, locomoção, comunicação, alimentação, entre outras. Roberto faz notar que outros profissionais que atuam nas mesmas comunidades rurais possuem alojamentos adequados, por exemplo, os médicos, enfermeiros e os servidores da justiça, enquanto os professores não os têm. E aproveita para falar sobre a gratificação dos professores que trabalham no Modular. Segundo ele, criou-se um “mito” sobre o salário dos professores do SOME. Conforme suas percepções, os próprios moradores das comunidades onde trabalham aproveitam para “explorá-los” porque acreditam que “os professores do SOME” ganham bem:

Alojamento onde você não tem privacidade, você tá lá, e criaram durante muito tempo uma cultura de que o professor do módulo recebe aquela gratificação gorda pra pagar, pra custear ele lá, então ele tá ali, ele tem que gastar na comunidade. Tudo para o professor do Módulo é mais caro, a cerveja que pra todo mundo lá é dois reais, para o professor é quatro vezes mais caro[...]. Sim, o nosso salário normal, mas a nossa gratificação é a mesma. A nossa gratificação hoje é R\$3.278,00 [...]. Por conta desses R\$ 3.278 ah! Você tem que ser escravo, você tem que ser, desculpa a expressão, você tem que ser filho da puta que [...] “não, tu é do Módulo, tu tens que pegar quatro turmas, tu tens que pegar três turmas”, tu é um escravo e eu questiono isso.

¹³² No momento da entrevista, em 2013.

Provocado para falar um pouco mais sobre o apoio financeiro recebido para as despesas de estadia no campo de trabalho, ele responde:

O único apoio que nós temos, foi uma conquista no nosso plano de cargos e salários, que eu participei da elaboração desse plano de cargos e salários, fui convidado pelo secretário Adalto Bitencourt pra fazer parte da comissão que elaborou o plano de cargos e salários. É a Lei 0949/2005, e é a única coisa que nós temos que assim, foi dia 23 de dezembro de 2005, memória fantástica e eu me acho “disque” (Risos). Esta Lei foi votada na Assembleia dia 23 de dezembro de 2005. Pela nossa lei, a única coisa que beneficia o Modular é que inclusive dá condições ao professor retornar, se não tiver, mas são poucos que têm a coragem, a maioria é “babacão”, a maioria é “babacão”, chega lá se intimida pra diretor, é que nós temos que ter alojamento. Lá fala, eu não lembro agora, mas é o Art. 61, 62, 63 ou 64, dentro da nossa Lei está, dentro do artigo 61 ao 64 ou 63, aí lá diz que o professor em trânsito, tem direito ao alojamento, alojamento em condições condignas, espera essas condições condignas[...] [com jeito de ironia e descrédito].

Solicitei-lhe que relatasse outras formas de suporte, em caso de adoecimento, além desse garantido em lei, e ele diz:

No início, quando o professor adoecia [...], porque hoje o alcoolismo, hoje o professor, psicologicamente, pode adoecer né? Na época não podia, eu lembro, se a senhora olhasse, tá vendo isso aqui? Eu perdi 70% do meu couro no acidente de moto [mostra uma cicatriz], vindo do trabalho se eles descobrissem que eu estava doente, eles me tiravam do Módulo, antes da lei e eu fui trabalhar doente, desse modo isso aqui é queimadura de terceiro grau. A senhora já pensou? A pessoa se sujeitava a trabalhar porque não tinha nenhuma garantia [...] nenhuma garantia se adoecesse, se pegasse licença para tratamento de saúde, imediatamente era devolvido, aí entra o empréstimo, como é que vai pagar o empréstimo?

Sobre a questão de empréstimos e endividamentos dos docentes, o professor expõe:

[...] 99,9% da grande emoção do professor do modular é quando sai uma margem pro empréstimo, tá todo mundo ferrado! E eu digo, eu faço parte de uma caixinha, a quantidade de pessoas que eu conheço, estão nessa caixinha estão, é porque estão endividados. Essa caixinha é pra emprestar dinheiro um pro outro. Eles estão voltando ao século XVII [...] sem juros, isso aí já é ilegal (risos). É uma caixinha, todo mundo faz isso [...] é uma forma de empréstimo, além do consignado. A gente brinca entre a gente assim. Primeiro era o PINE, depois o BMG, são os bancos consignadores. Agora já tem um tal de BC, BD uma coisa assim, que é pelo Bradesco, que é melhor, assim, em taxas favoráveis. Ele só empresta pra professor, aqui no Estado, pra Saúde, ele não empresta, só empresta pra professor. Então imagina quem é que vai querer sair do Módulo, sendo que tem o empréstimo?

Conforme a narrativa do professor infere-se que os docentes do Modular têm maiores possibilidades para realizar empréstimos, provavelmente devido a maior elevação dos valores salariais. Com base nessa confiabilidade, gastam mais ou fazem maiores investimentos, aumentando, assim, o grau de endividamento, portanto, de certa forma, estão fadados a permanecer “presos” ao Modular, como condição para cumprir os compromissos e as dívidas

contraídas, e, assim, ficam vinculados aos dois sistemas. Roberto queixa-se e atribui ainda, como consequência do trabalho no SOME, a precariedade e até mesmo a perda da vida social:

Além da consignação a gente perde a nossa vida sociável, por exemplo, antes eu frequentava a Beira Rio, hoje eu não tenho amigos de Macapá. Os meus amigos, quem me ligou? Eu não tenho mais uma vida sociável em Macapá, eu não tenho mais amigos de Macapá, meus amigos, são amigos do Módulo. A gente vira um golpe, aquele grupo inventado, isso é a gente quem quer? Não, a gente se percebe assim, é que nem aniversário, de quem? Entendeu? Eu não tenho mais uma vida sociável [...] Olha onde é que eu tô bebendo, tô bebendo na minha casa, num sol lindo desse, antes eu estaria numa Beira Rio, numa Fazendinha, num Curiaú, hoje eu estou na minha casa.

Roberto considera que a maioria dos professores não está preparada para esse “isolamento total”, principalmente quando se trata de comunidades muito distantes e de difícil acesso, por exemplo, o Filadélfia do Bailique e o Sucurijú, “são lugares extremamente difíceis de acesso. Eu fui trabalhar no Sucurijú, quando eu terminei meu trabalho eu passei uma semana pra tentar sair de lá”. Ele conta em detalhes essa experiência no Sucurijú:

O Sucurijú fica no extremo Leste do Estado. É a última ponta de terra ali, já é o Oceano na frente. Imagina o estado do Amapá né? É aquele triângulo, aquela ponta à direita. Uma semana pra tentar sair de lá, pra conseguir sair de lá, o primeiro barco quebrou, o segundo barco quebrou, o terceiro barco que consegui me deixar no [município]de Amapá. Chegando ao Amapá, não tem transporte, aí espera, dorme lá e no outro dia vim pra Macapá né? É loucura, isso aí é pra soldado boina verde, não pra professor [...] Mas voltando lá, ao início de tudo, aí tá, Filadélfia, aquela, aí eu vi sim, só que aí a gente só vai perceber isso muito depois né?

Nós somos diferentes lá, do professor comum¹³³. O professor comum, ele tem a mulher dele lá, se ele não leva uma mulher de Macapá, ele casa lá, ele arruma alguém, ele arruma lá o cachorro dele, o periquito dele, o papagaio, ele se arruma, ele tá lá permanente, nós não, nós passamos quantos dias?

Uns 50 dias, já tem que ir pra outro lugar, não pode levar a mulher para o alojamento. Tem diretores que não podem levar nem namoradas, porque pintam as meninas do interior, “pó, professor bonito!”, aí rola alguma coisa, mas o diretor: “não, não pode trazer namorada aqui.”, aí imagina, longe da sua família, família natural né? Mulher, esposa, mãe, irmãos, longe de amigos.

O professor refere-se ao uso do álcool, à separação da esposa e a situação em que se encontra, como fatos decorrentes da vida solitária, na realidade do trabalho no Modular: “Eu perdi minha família, por causa dessa merda desse álcool! [Declarações carregadas de tristeza e raiva] tudo isso eu atribuo ao Modular”. Saliencia que conquistou bens materiais com empréstimos e que estes o aprisionam ao Modular, além de sentir-se frustrado e adoecido. Além desses eventos pessoais, também comenta sobre a dependência de alguns colegas do Modular, de outros tipos de adoecimentos e tentativas de suicídio:

¹³³ Refere-se aos professores do ensino regular, concursados para as localidades interioranas.

Eu estou acabado. Eu conquistei uma coisa, eu conquistei estruturas econômicas, mas a minha estrutura emocional, minha família, minha mulher, minha filha, foi tudo embora, saiba. E quando você adoce a coordenação ainda lhe chama de alcoólatra, “é, se a gente for parar para atender cada alcoólatra do módulo, o módulo para.” Falaram isso outro dia pra minha colega, uma professora que tentou se matar, ela se sentiu tão ofendida que ela tomou remédio e tentou se matar, foi atendida, hoje ela está em tratamento. Mas 90% dos professores do módulo bebem muito, bebem muito, bebem muito.

O álcool aparece como uma forma de preenchimento dos espaços afetivos, sociais e subjetivos desocupados e esvaziados pelos distanciamentos e rupturas de familiares e de amizades. Espaços que são preenchidos pela solidão e, em alguns casos, pela alternativa do uso de álcool, como Roberto relata com bastante ênfase:

Tudo. Todo mundo do módulo bebe, bebe, bebe, bebe, bebe, porque é o que resta. A senhora imagina terminar a sua aula, a senhora é professora, nós somos professores, é bacana estar na sala de aula né? Bacana, a gente dá aquela aula magnífica, maravilhosa para nossos alunos. Terminou a aula eles vão embora, professora, aí a gente fica sozinho naquela escola e aí o que é que vem? O álcool.

O docente afirma que, além da questão do álcool, são comuns as rupturas de laços conjugais devido ao estilo de vida dos professores no Modular:

Eu conheço assim pelo menos de casais que se separaram, envolvendo homens e mulheres, mais os homens. Os homens são mais vítimas em perder as suas famílias, eu falo. Outro dia eu falei isso pra minha ex-mulher, eu disse: “eu nunca te traí no Módulo, todos os meus amigos tinham amantes, até de veado eu fui chamado, porque eu não me envolvia, eu não tinha mulheres, meus amigos quase todos tinham, eu não tinha”. Mas ela talvez não acreditasse nisso, ela achava que, ela até disse: “tu lembra que eu botava camisinha na tua bolsa?” Hoje nós somos amigos, eu e ela. Mas quase, assim, relembrando quantos se separaram não sei se eu posso falar nomes né? Porque tem a particularidade deles né? Mas relembrando assim, rapidinho sem piscar, eu me lembro de quatro pessoas que se separaram. Sendo uma mulher e três homens, se eu for lembrar, chega a 10, do meu ciclo de amizade pessoal.

Assim, para além das queixas de precariedade da vida social e de rupturas de laços conjugais, o professor Roberto revela que, devido à sua maneira “polêmica” de ser, se posiciona frente a questões relacionadas à educação modular, já sofreu agressões que deduz terem sido por motivos de perseguições políticas:

[...] outro dia eu estava até falando isso, saiba, eu sou muito polêmico e a formação da gente, quando eu entrei no módulo, eu acho que só era eu no módulo, do ensino fundamental que tinha o nível superior, então eu rivalizasse muito com a chefia, com a coordenação porque “cala a tua boca e vai”. Eu tenho um amigo que diz que tem dois momentos no módulo: antes e depois de mim, antes e depois do [cita o seu apelido, como era conhecido], eu tinha um rastafári grandão, então aí pegou o apelido [...] por causa do rastafári cheio de missangas. Aí ele diz, porque me tiraram do módulo, me quebraram duas costelas no módulo.

Roberto explicita as razões de ter “as costelas quebradas” e ficar “todo ferrado”:

Eu entrei numa polêmica, [com uma deputada], sobre Vitória do Jari, assim, a gente queria uma escola boa, uma escola que tivesse uma quadra. A maior polêmica na verdade foi a falta de uma quadra na escola, os alunos falaram pra mim: “professor já veio dinheiro pra essa quadra.” E eu bocudo né? Sabendo que o governador ia lá, aconselhei-os a fazerem um abaixo assinado e eles fizeram o abaixo assinado. Quando o governador chegou, entregaram e o governador em vez de atender ao pedido do povo, o governador me tirou do módulo. No mesmo dia me tiraram do módulo, no mesmo dia eu saí do módulo, fui devolvido, no mesmo dia. O helicóptero do governador saiu aí eu já fui devolvido. Saí do módulo, cheguei a Macapá com uma semana depois, a viagem muito difícil de lá, já estava todo ferrado.

Aí entrei com mandado de segurança, voltei [ao módulo], aí quando eu voltei, quando voltei três policiais e o diretor da escola me pegaram dentro do alojamento, duas costelas quebradas, muita porrada. Pra onde eu olhava tinha porrada. Isso gerou um processo, correu a mídia, mas as sequelas ficou né? Eu já estava com o problema com bebida ainda [...] [pausa e choro]. A senhora imagina um homem com 30 anos quase 40, na época, embaixo de uma cama chorando parecendo uma criança? Isso me perturbou muito.

Em seus relatos, o professor conta que, na ocasião da agressão, se encontrava com outro colega no alojamento (durante a noite) quando chegaram dois militares, os algemaram e os agrediram. Na ocasião ele estava na comunidade, em atividade do Modular. Afirma que foi perseguido pelo fato de ter uma formação que o capacitava para questionar a realidade e reivindicar melhorias para a qualidade da educação local.

Transcorrido esse episódio, Roberto relata que entrou com Mandato de Segurança, ganhou, retornou ao Ensino Modular, os policiais foram processados, mas “quem levou porrada e teve duas costelas quebradas fui eu”. Nesse momento da entrevista o professor expressa seus sentimentos, revelando também o sofrimento, a dor de ser professor, deixando claro que como docente tem a função de formar pessoas e não poderia ser tratado dessa maneira,

porque isso é obvio, porque somos nós quem construímos essa sociedade, sem a gente não tem o juiz, sem a gente não tem o médico, não tem o engenheiro. Ele fala também das marcas traumáticas relacionadas a essa experiência: “[...] olha me arreventou. Eu me acordava [...] uma vez eu acordei debaixo da cama chorando, com muito medo [...]. Imagina a senhora sendo levada para uma base de polícia e pancada, pancada, atrás de pancadas.

O docente diz que esse evento ainda lhe traz “sentimentos muitos ruins, de medo e de muita humilhação [...] [chora]”. Continua contando o fato do espancamento:

Ninguém merece isso, muito menos um professor. Eles me bateram tanto, tanto, eu pensava [...] me humilhavam e diziam “a noite é uma criança”, mas eles faziam demorar muito[...] Eu pensava que eles iam me matar, eu pensava que eles iam me matar. A ideia que a gente tem é que o Jari é violento, é essa a ideia né? Esses policiais se sentem os donos daquela cidade lá, eles já bateram em muitas pessoas, depois de mim já fizeram isso, fizeram isso antes, fizeram isso depois. Muita gente

lá [...]Já atiraram em muita gente. Um tempo desses, estava no jornal lá, que eles pegavam as meninas de menor, elas ainda vestiam as roupas de policcias, usavam as armas deles. Foram os mesmos, parece que ninguém faz nada, incrível isso, estamos no século XXI, ainda fazem isso.

Relata que depois desse fato nunca mais voltou à localidade e que depois foi sorteado novamente, mas serviu de gozação para os colegas:

Eu nunca mais voltei lá. A Secretaria de Educação nunca mais me mandou pra lá e eu também não vou bater num policial porque tem um deles lá ainda, os dois saíram, mas ainda tem um lá. Eu gosto de lá, mas eu nunca consegui mais voltar pra lá, nem passa na minha cabeça. Ah, e fora a gozação dos colegas né? É porque quando eu fui sorteado pra lá de novo, alguém gritou: “Ele vai apanhar de novo!”

O professor finaliza sua narrativa sobre esse fato citando uma música, com letra poética e metafórica, para destacar o papel do professor: “Tem uma música, um rock nacional que diz que a nossa indignação tem que ser mais do que uma mosca que não consegue ultrapassar a janela do nosso apartamento, né? Mais ou menos assim, que a música diz. Nós temos que ser professor o tempo todo, tem que ser professor”. Refere-se à música “In(dig)nação” de Skank¹³⁴:

Eu fiquei indignado, ele ficou indignado, a massa indignada, duro de tão indignado. A nossa indignação é uma mosca sem asas, não ultrapassa as janelas de nossas casas [refrão]: indignação, indigna, indigna, inação. (SKANK, s/d)

As narrativas de Roberto sobre suas experiências revelam dimensões ricas em significados sobre o contexto de trabalho Modular: a solidão, afastamento das relações familiares e sociais; contração de empréstimos, levando-os ao endividamento, forte razão para muitos professores permanecerem no SOME e que lhes compromete a autonomia e a liberdade. Ainda se pode destacar os conflitos com a gestão, a perda de autoridade, autonomia, respeito, de consideração e agência, nas narrativas de Roberto. Essas temáticas também estão presentes em outras trajetórias docentes, que serão analisadas nos capítulos posteriores, desta Tese.

História de adoecimento: “quando a gente vai pedir ajuda, eles riem lá dizendo: ah é o alcoólatra”. Início com a transcrição da queixa clínica registrada no prontuário do docente:

Conhecido como [...]; compareceu ao atendimento por demanda espontânea, foi orientado que procurasse um médico psiquiatra e o mesmo foi encaminhado ao CAPS, onde é melhor para atender o tipo de transtorno que o acomete e que deveria passar pela junta médica para que desse início ao seu tratamento. Estava visivelmente embriagado, descomposto e com ideação suicida, foi realizado o acolhimento e solicitado que o mesmo retornasse sóbrio para o atendimento

¹³⁴Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/skank/indignacao.html>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

psicoterápico. CID-10; F-19¹³⁵. Queixa-se de uso de álcool e [...], falta de apetite, diarreia, tremor nas mãos, dor na cabeça, medo súbito, sudorese. (Anotações da queixa inicial, conforme os registros técnicos em seu prontuário clínico)

O entrevistado reporta-se, inicialmente, à sua experiência com o álcool, em forma de chiste, remetendo-se a uma observação de seu funcionário, a respeito: “o meu funcionário chegou outro dia disse: ‘Égua, treze litros!’. Eu bebia cerveja, mas só que cerveja deu problema, né? Com a parada cardíaca aí eu passei a beber Campari”. Sobre a frequência de ingestão de álcool ele informa que bebe quase todos os dias. Perguntado se desejava contar como essa história começou, ele expõe, com certa naturalidade:

Eu não bebia antes de iniciar trabalhar no Modular. O meu colega, que já bebia, ele me encarna, que quando eu cheguei no barco eu levei uma caixinha, mas não foi caixinha de *Kaiser*, nem *Skol* foi uma caixinha de iogurte, ele me encarna nisso, ele seria uma boa testemunha, esse moleque levou uma caixinha de iogurte, ele me ridiculariza, aí, hoje, olha! (Apontando para o litro de Campari quase vazio ao lado da cadeira onde estava sentado).

Disse que bebe quase todos os dias e que na noite anterior, na sexta-feira, havia bebido dois litros. Mostrou o litro ao seu lado e disse que havia comprado pela manhã e já estava quase vazio: “Esse aqui foi comprado de manhã cedinho. A minha primeira dose foi ele [...]. Eu estou acabado, eu tenho noção disso, consciência disso. Mas eu não consigo!” [Tom de voz baixo e triste].

Na sequência, o professor narra os tipos de adoecimento relacionados às condições de trabalho e à falta de apoio da gestão escolar:

Olha, ano passado, eu até lhe falei isso, foi até bom tocar nesse assunto. Eu tive, em 32 dias, dois inícios de infarto, talvez até a senhora publicar a sua obra eu já esteja morto. Eu sou muito jovem, tenho 44 anos, mas eu já tive dois inícios de infarto em 32 dias, no final de um Módulo e início de um outro. A Diretora do outro módulo sabia, eu conversava com ela e sabe o que ela fez? Ela: “professor, não se preocupe que eu vou abrir o seu ponto” eu ingenuamente [...], ora “macaco velho”, mas eu fui burro, eu fui ingênuo, porque era pra eu ter procurado a Junta Médica, mas eu não queria atrapalhar o Módulo. Era uma oitava série, então, a oitava série ela tem que concluir pra poder ir pra outras escolas né? Concluir o ensino médio, no caso, de lá ia pra Tartarugalzinho os alunos. Aí eu peguei, me esforçando pra fazer o Módulo, aí ela: “professor, não se preocupe que eu vou lhe abrir o seu ponto”, no dia que era pra ela abrir o meu ponto, ela não abriu, ela conversou com o chefe lá, o coordenador do Modular, aí ele falou pra ela, pra me mandar pra Junta Médica, só que já tinha virado mês, aí eu fui na Junta Médica. “A gente não pode fazer nada por você professor, porque já virou mês.”

¹³⁵ Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, CID-10, a nomenclatura F19 corresponde ao diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

Assim, eu adoeci na metade do mês aí tá [...] Não cheguei a dar aula depois, como tinha uma colega lá, ela estava usando o meu horário e depois eu ia dar aula concentrado, mas a diretora me devolveu e pegou outro professor, agindo com covardia, porque se ela tivesse me dito “procura a Junta Médica”, eu procurava. Resumo: eu não assinei o ponto de novembro pra dezembro, estou respondendo um processo administrativo, então eu entrei com um processo pra poder assinar e outra, tem laudos, tem tudo aí. Aí me mandaram pra Junta Médica e a Junta Médica me recebeu porque foi a Secretaria de Educação que mandou pra me ferrar, aí como mandou pra me ferrar, a Junta Médica recebeu, quando eu fui lá não me receberam. Aí fica né? Porra, como é que pode né? Cadê a solidariedade humana? É porque eu estava prestes a morrer, eu não conseguia subir um vão de escada. Quando a gente vai pedir ajuda, eles riem lá dizendo, “Ah é o alcoólatra” [...].

Conforme relatos do docente, ele procurou ajuda no Psicossocial de forma espontânea. Foi acolhido de acordo com as práticas do Psicossocial, e após a avaliação psicológica foi encaminhado para um tratamento complementar em parceria com o CAPS Ad, devido ao seu tipo de diagnóstico:

Eu fiz o CAPS, eu passei, acho que oito, dez meses de CAPS e dois meses, enquanto regulamentava, ao todo passei um ano ausente do trabalho né? A época, não existia a Casa do Professor, era o Psicossocial. Eu passei um ano tomando Révia¹³⁶, aquilo é magnífico!

Narra sobre os efeitos do medicamento prescrito pelo médico psiquiatra e de experiências com outras substâncias:

O Révia é acho que é um desinibidor, como é o termo? Ele inibe a vontade de beber. Ele inibe, mas assim, ele, eu andava meio que drogado, eu lembro que eu tenho um amigo que dizia assim pra mim, “Pedro, eu não te aconselho a dirigir, tu tá com uma sensação de droga, como se você tivesse meio doido, meio coisa”. Não direto, porque às vezes faltava dinheiro, às vezes, mas eu tomei um bom tempo sim.

E teve um detalhe, teve momento quando eu não bebia, não dá vontade de beber, é incrível, não dá vontade de beber, mas eu queria ficar doido e eu cheguei a usar outras drogas, eu usei merla, eu fumei pedra, então eu mergulhei, foi um tantinho assim, mas mergulhei nesse outro ramo né?

Desligado do tratamento no CAPS, em um momento que se considerava muito abalado, porque foi visto tomando cerveja:

Eu estava muito, muito abalado e depois eu saí do CAPS, me pegaram bebendo, (risos) a enfermeira do CAPS saiu da maternidade e eu estava com três cervejas vazias embaixo da mesa e uma pela metade, ela olhou pra mim assim, “Oi Roberto, tudo bem?” Eu disse “tudo sim”, aí ela pegou, quando eu cheguei na segunda-feira no CAPS, a minha psicóloga disse: “venha cá, tenho uma notícia não muito boa pra

¹³⁶O docente esclarece: “É um comprimido [...] são trinta comprimidos desse tamanhinho num frasco. Ele custa [...] hoje deve estar custando uns duzentos e alguma coisa, quando eu chegava com o psiquiatra, eu dizia, “doutor é muito caro isso aqui” ele pegava e dividia né? Ele tinha uma máquina de calcular em cima da mesa, incrível aquele homem “tal, tal, dá tantos reais por dia, quando é que tu gasta com cerveja? Aí oh tá vendo, tá mais econômico ainda”.

você”, eu disse “que foi?” “Você foi desligado” aí eu quis dar uma de valente, também, “eu não queria mesmo”, mas, na verdade eu queria permanecer sim. Foi automático.

Julga-se “sacaneado” por gestores administrativos da SEED que não lhe permitiram assinar os documentos de frequência ao trabalho, durante o período em que esteve em tratamento.

A SEED, naquele momento, pegava a gente e jogava para o CAPS, aí quando eu saí do CAPS, teve um trâmite de uns dois meses para retornar à sala, nesses dois meses, mais uma vez eu fui sacaneado, porque eu tive um problema sério lá com negócio de ponto, que aí eles pegaram o período que eu estava no CAPS, juntaram os dois meses, ou seja, fazia cinco meses assim, que eu não assinava ponto e nesses cinco meses eu assinei só três. Mandaram a chefe do setor competente, que era o DRH fazer meus pontos, mas o [gestor] do Modular mandou fazer só três. Eu ainda questionei, mas “não, não vai dar problema não”, espero que nunca dê, né? Mas eu tenho dois pontos que não existem, não foram assinados por mim.

A experiência de acompanhamento no Psicossocial é descrita por Roberto como “dramática”. Diz que buscou ajuda de forma espontânea após a experiência de agressão e, paralelamente, estava com problemas familiares, havia tentado o suicídio, problemas financeiros, entre outros, porém, ao procurar ajuda no Psicossocial não se sentiu acolhido.

Foi dramática. É, eu lhe digo que eu não sou uma ameaça a senhora não (risos). Mas quando eu contar a senhora vai entender porque eu estou falando isso.

Logo após aquela situação toda do Jari e eu fiquei muito abalado, e eu passei a beber muito, aí olha só, nesse intervalo, eu briguei com a mulher, me separei, bati um carro, quase morro, eu subi uma montanha de terra da CAESA¹³⁷ ali na Eliezer Levy, uma obra da CAESA, não sei como eu me via lá em cima, no carro sabe, caramba, eu olhei pra um lado, olhei pro outro e eu me lembrei que eu tinha ido lá no atendimento lá da SEED, no Psicossocial.

Eu procurei ajuda quando alguém procura ajuda, ainda mais essa coisa, imagina dentro do trabalho, dentro do módulo, o módulo é que nem *Big Brother*, acho que todo mundo que a senhora entrevistou deve ter usado esse termo, um Big Brother, um detonando o outro, imagina, “o fulano é doido, o fulano tá doido”, ninguém quer esse estigma, eu nunca quis, mas eu fui lá com ela, esqueci o nome dela agora. Mas eram duas psicólogas, era a da tarde e outra da manhã, eu conversei com ela eu contei olha aconteceu isso comigo.

Eu fui espontâneo, porque imagina eu me acordar, eu me acordar e estar debaixo da cama chorando... (reportando-se a experiência de agressão sofrida). Minha mulher me acalmando, tentando me acalmar e eu embaixo da cama chorando, gritando.

Roberto decidiu espontaneamente recorrer ao Psicossocial para obter ajuda, gritando por socorro:

E eu procurei então o psicossocial pra dizer “olha eu estou precisando de ajuda, estou precisando de ajuda”, “não você está muito bem! Vá!” Aí eu peguei e fui trabalhar bebendo cachaça quase todo o dia, no final voltei, na viagem já briguei

¹³⁷ Companhia de Água e Esgotos do Amapá.

com a mulher, ela fez uma besteira, ao invés de pagar um carro, o meu carro que o vencimento era dia trinta, ela pagou o dela que era dia treze, podendo o dela tinha muito tempo para esperar, ou seja, essas coisas assim, me irritam, eu odeio burrice tem que me acompanhar. Aí eu peguei, cheguei a casa pneu do carro furado, a casa vazia, a mulher foi embora, levou minha filha, aquela confusão toda e eu passei a beber trinta dias, eu bebi trinta dias direto na esquina de casa, trinta dias.

Relata que sua reação foi de muita raiva da profissional ‘psi’ que não o auxiliou, avaliando-o em condições de retornar ao trabalho, quando disse: “não, vá trabalhar!”. Resolveu, então, por não se sentir amparado naquela ocasião de sofrimento psicológico e, principalmente, devido à maneira como foi recepcionado, “tocar fogo” no Psicossocial, porque, segundo o professor, a linha desse dispositivo, à época, era de não afastar o docente do trabalho, mesmo que não estivesse em condições, pois o objetivo principal do Psicossocial era “o resultado”, como relata: “eles querem sempre o resultado. O resultado é o professor lá. Pode estar fazendo o pior trabalho que tiver, mas ele tá lá na comunidade, mas ele tá ótimo então. Porque a coisa lá, o psicossocial, era essa linha”:

Confinado trinta dias, me deu uma raiva da psicóloga da SEED, eu atribuí a culpa de tudo aquilo a ela, porque eu procurei ajuda e ela não me ajudou, aí eu peguei lá mesmo, no mercantil que eu estava bebendo cerveja, eu lembro que era próximo do meio dia, eu comprei um litro de álcool, um isqueiro fui pra SEED, entrei, [menciona o nome da profissional] lembrei, entrei, era lá dentro mesmo da SEED, fiquei uma hora assim, uma hora de tempo olhando uma pessoa no telefone, como se eu não fosse nada, é né? Falando [...]

Eu estava com muita raiva daquela psicóloga, eu achava que tudo que tinha acontecido comigo, nesse intervalo de separação da mulher que eu tanto amava. O desabamento não teria ocorrido se ela tivesse me dado atenção, se ela tivesse me atendido, “não, vá trabalhar!” Aquilo que eu lhe digo, eles querem sempre o resultado. O resultado é o professor lá, pode estar fazendo o pior trabalho que tiver, mas ele tá lá na comunidade, mas ele tá ótimo então. Porque a coisa lá, o psicossocial, era essa linha, não sei se hoje é diferente, não é que eu não quisesse trabalhar, eu queria uma atenção, eu queria um tratamento eu queria uma coisa ali, uma melhora. Aí eu peguei e fui com a intenção de tocar fogo naquele espaço dentro da SEED.

Eu joguei álcool todinho ali, aí eu vi a pessoa que estava no telefone, que não estava me dando atenção, também, num surto de desespero, sabe e não era a [...], se fosse a [...] eu acho que eu teria ateado fogo, mas, não era a [...] e isso me deteve assim, a não acender o isqueiro e isso foi uma bomba né? Por mais que tem ética, não sei o que, isso vazou.

Foi na frente mesmo, eu saí jogando álcool em tudo, eu queria destruir aquele espaço, eu queria tocar fogo naquele espaço porque pra mim não servia pra nada.

A ordem da administração era para o professor retornar ao trabalho: “É, nada “vai trabalhar, vai trabalhar”. Porém, ele conta que uma servidora, chefe da Diretoria de Recursos Humanos/SEED, à época, mediu a situação “de forma humana” e intercedeu por ele:

Aí nesse momento teve uma pessoa lá que era chefe dos Recursos Humanos, essa mulher mediu por mim, de uma maneira tão humana, o que a psicóloga não tinha feito, ela fez realmente humanidade e ela disse, “esse professor está precisando de ajuda, vocês não viram isso? Vocês não viram isso?” Aí foi [...] aí que eu fui, praticamente, direto, “tuntum”, CAPS! [Retornou ao CAPS].

Aí no CAPS eu tive também uma crise, até tentei suicídio nesse intervalo. Aí ficou também, eu acho, um desses estigmas né? “É doido, ele já passou pelo [...]”, quando não era a Casa do Professor. Era só uma divisão dentro do espaço da SEED. É lá atrás, naquele prédio de trás.

Aí teve uma outra professora muito legal, justamente, essa que estava no telefone, muito legal, eu não sabia que ela era psicóloga, pensei que fosse secretária, ela foi tão legal comigo e eu não recordo o nome dela, a outra eu recordo [...] baixinha, meio fofinha. Aí foi esse período que eu passei pelo CAPS, mas incrível, quando tinha que fazer alguma coisa lá na SEED, “e aí como é que está teu tratamento? Tá melhor? Quando é que vai voltar?” [Era constantemente indagado].

Ao lhe solicitar que relatasse sobre suas percepções a propósito dos benefícios do tratamento, Roberto e faz algumas revelações com uma crítica nas entrelinhas: “Eu digo que o seguinte: eu acredito que sim e não, por exemplo, eu usei droga, que eu não usava. Foi dentro desse período [...]”.

Atualmente, esse professor continua trabalhando, não faz tratamento na Casa do Professor, e está se empenhando para evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Antes de concluir a nossa última conversa [terceira entrevista, realizada em agosto de 2015], ele declarou: “hoje [...], ah, eu tenho uma notícia boa pra senhora”.

Estou há uns quantos meses sem beber, agora adivinha, adivinha, adivinha qual tá sendo o meu Révia? Se a senhora adivinhar. Medo de morrer, eu tive em 2013 dois inícios de infarto em 32 dias, aí eu parei um bom tempo, eu melhorei, senti que eu melhorei eu já estava respirando melhor, eu fiquei numa situação que eu não subia escada, eu sentia um cansaço, uma falta de ar, aí eu voltei a beber, melhorei e voltei a beber, voltei a sentir um cansaço fortíssimo. Aí ninguém precisou me dizer que seu eu não parar, eu vou morrer.

E eu estou assim, incrível como eu estou conseguindo ver, incrível, eu sempre digo agora, estou com uma nova pessoa, incrível como a minha ex-esposa, que dizia: “Roberto, tu tens que ir nos lugares vendo outras formas de se divertir, sem ser a bebida”.

Eu estou conseguindo ver agora, por exemplo, eu vou no mesmo restaurante ali na Orla [Beira Rio] que eu sempre ia lá e toneladas de cerveja, mas eu não bebo, vejo o rio, que eu tanto amo esse rio, mas eu vejo esse rio com muita coisa assim, com aquele amor que eu tenho por esse rio, mas não bebo, o medo de morrer é mais forte, agora tem horas tem que ter forças, tem hora que me dá uma vontade de beber, eu não digo isso para a nova pessoa que eu estou, mas dá uma vontade tão grande, chega eu, aí eu tomo açaí ou café, tenho que beber alguma coisa, eu quero entrar na água, eu bebo muita água, eu não diria [...].

Quando referi a Casa do Professor como possível mecanismo de suporte psicossocial, Roberto retrucou, imediatamente, apontando “estereotípicos e estigmas” para quem frequenta a Casa: “não, não [...] indo pra ali a gente acaba ficando naquele estereótipo, de estar doido”.

Lembrando-se de seu estado psíquico no tempo que frequentou o CAPS ad, reconhece, entretanto, a necessidade de tratamento.

Claro que o paciente tem que ser ouvido, quando eu entrei no CAPS eu estava um frangalho, eu estava um frangalho mesmo, debilitado mesmo de não conseguir solucionar coisas básicas, quando eu vejo hoje a minha preocupação, eu vejo hoje, eu passar segunda a sexta, que é hoje, sabendo que hoje é sexta, eu vejo como eu estava antes, eu não sabia qual era o dia da semana, eu não sabia que foi o compromisso.

Fala sobre os esforços e estratégias pessoais que está desenvolvendo para não ingerir bebida alcoólica: “uma das coisas, me afastei dos amigos que bebem, [...] e se tomar uma, não para. Então eu estou altamente caseiro, estou saindo com a minha namorada, fui ao *shopping* com a minha filha e a namorada [...]”. Entretanto, exprime temor de recaídas, mas procura dar uma “fugidinha”, como expressa: “eu espero não ter nenhuma recaída [...] dizer que eu bebia o aniversariante e bebia o finado, né”? Mas, uma coisa é certa, ainda têm coisas que me abalam me dá vontade de beber, mas aí eu dou uma fugidinha”.

7.2.2 História de Isabella¹³⁸: “Uma frustração que adocece”

“Fica sempre um gosto de frustração, de revolta, de angústia, de falta de esperança de mudar a realidade”.

Isabela, 38 anos de idade, paraense, graduação em geografia, há 15 anos professora do GEA, com o ensino fundamental II, entre esses trabalhou também no SOME e SOMEI. No momento está afastada da sala de sala e atua na sala de leitura, em uma escola em Macapá. Faz atendimento na Casa do Professor, há dois anos, sofre com depressão. O contato inicial com Isabela aconteceu em uma reunião de sorteio do Modular, momento em que compartilhou comigo parte de sua trajetória e de sua experiência de trabalho no Modular (SOMEI).

Apresento, aqui, os relatos de Isabela sobre sua ampla experiência com essas modalidades de ensino, em quase todos os municípios do Estado, que a mesma classifica como “interessante, mas bem pior” do que no Modular (SOME). Seus relatos são densos de desejos e ideais por uma educação indígena de qualidade, e também de denúncias sobre desvios de recursos que deveriam ser canalizados para a qualidade da educação indígena e para a qualidade de vida dos professores nas aldeias:

¹³⁸Faz atendimento na Casa do Professor há três anos e possui o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade e Depressão.

Eu já trabalhei no SOME, e também no SOMEI. Trabalhei seis anos no SOMEI, que a situação é bem pior [risos]. É bem pior [...] e muito interessante! O convívio com as comunidades. A realidade social deles é bem impactante. Trabalhei desde a aldeia indígena, trabalhei no Cumaru, no Oiapoque, trabalhei em quase todos os municípios. Foram bem poucos que não visitei.

Motivação para trabalhar no Modular: Isabela continua a falar e diz que a motivação pessoal para entrar no Modular foi por motivos financeiros para adquirir a casa própria, porém, considera uma experiência muito interessante porque dá para conhecer os diversos municípios e a realidade da educação do Estado, antecedendo que “os resultados não são muitos satisfatórios”:

eu entrei no sistema modular por necessidades financeiras, né? Eu estava muito desprovida de dinheiro para comprar uma casa e então foi a minha saída ingressar no módulo e permanecer nele durante seis anos né? Depois eu comprei casa e um veículo, eu engravidei e tive que sair do módulo, mas foi uma experiência muito interessante porque deu pra gente conhecer a realidade do ensino em quase todas as localidades do Estado. E o resultado não é muito satisfatório.

A professora dá sequência aos relatos, fazendo uma comparação do ensino ofertado na capital com o realizado no interior do Estado, denunciando as precariedades das escolas, e diz: “o ensino é improvisado” sem um planejamento pedagógico, “há muita diferença”, “descaso” e “muita coisa fica fora dos olhos da justiça”.

[...] na verdade se formos fazer uma comparação com o ensino encontrado na capital Macapá e levar essa característica do ensino ofertado na capital e no interior, a gente percebe que não há muita diferença, o descaso do poder público com as escolas do município, até porque ele está longe dos olhos da justiça e dos outros órgãos competentes que venham cobrar mais qualidade de ensino, então os professores trabalham dentro de uma mesma linha pedagógica, de forma aleatória, improvisada, com os mínimos recursos que eles oferecem nas escolas, as escolas sempre estão em situação precária, a comunidade vive basicamente do trabalho de subsistência, da pesca, do cultivo, e o ensino não atende as características da localidade, dos moradores da localidade, não se aproveita quase nada do que eles têm dentro da metodologia de ensino, então eu observei isso, durante esses seis anos de Módulo e a gente sai frustrada da mesma forma, né?

Ao final da sua narrativa, declara: “a gente sai frustrada” de ambas as realidades.

A aldeia indígena *Kumenê*. Na sequência, Isabela expõe a sua experiência de trabalho em aldeias indígenas e descreve os modos de vida nessas comunidades e a ausência de preparação dos professores pela SEED para enviá-los para trabalhar com essas etnias, com culturas tão diversas. Cita, inicialmente, a aldeia indígena *Kumenê*:

Estive em diferentes comunidades. Eu estive no primeiro módulo foi na aldeia indígena *Kumenê*, uma aldeia bem distante, uma das mais distantes. Fica no Oiapoque é seis a oito horas de voadeira e a comunidade não fala a língua portuguesa, fluentemente, os alunos mesclam muito a língua portuguesa com a língua deles que é o *Paliku*, e o ensino na verdade a Secretaria de Educação não se preocupa com isso, ela quer só dizer “ah, a gente oferece o ensino para os índios, nosso papel está sendo cumprido”.

“A Secretaria de Educação não oferece nenhuma capacitação”. A professora Isabela tece uma crítica à SEED, afirmando que esta não parece se preocupar com o ensino de qualidade para os indígenas. Os professores chegam às aldeias sem nenhum contato com a Língua das etnias, e ressalta que trabalhou com essa clientela, seis anos atrás, porém, até o momento atual permanece a mesma situação, nada parece ter sido feito.

A Secretaria de Educação não oferece nenhuma capacitação. Eu não tive nenhum contato prévio com a língua deles pra conversar com eles durante as aulas com a língua deles e fica uma falta de compreensão e de comunicação muito grande, entre aluno e professor, por conta do veículo principal da compreensão que é a linguagem, o instrumento mais essencial e isso continua até hoje. Saí do Módulo e já vai fazer seis anos, fez seis anos que eu saí do módulo e a realidade continua a mesma. Nessa comunidade fiquei dois meses.

“[...] na verdade não tem quase efeito nenhum a nossa educação na aldeia indígena”. Comenta a sua identificação com a cultura indígena, destaca a disposição positiva dos alunos para a aprendizagem, por esse motivo a docente constrói mais facilmente uma relação com eles, porém, ao final, o professor sai da aldeia com “uma sensação de tristeza, por sabermos que nós não estamos levando a educação que eles mereciam” e fecha a sua fala com uma forte crítica aos efeitos do tipo de educação oferecida à vida da comunidade:

A cultura indígena é fantástica e me identifiquei. A minha permanência na aldeia se deu por conta dessa necessidade que eu tive de entrar no Módulo, e a identificação com os indígenas foi muito boa, eles são dedicados, eles são educados, os alunos são muito atenciosos em relação aos professores não índios que foram pra lá e eles atendem, aceitam muito bem o ensino e a gente acaba por essa empatia que a gente tem por eles acaba nos transformando, nos dando essa sensação de tristeza por sabermos que nós não estamos levando a educação que eles mereciam, na verdade não tem quase efeito nenhum a nossa educação na aldeia indígena.

A crítica da professora diz respeito à falta de adaptação dos conteúdos curriculares trabalhados com os alunos indígenas, pois, diz, são os mesmos ofertados nas escolas em Macapá, “totalmente distantes culturalmente”; “A gente leva os conteúdos dentro da mesma grade curricular que é trabalhada com os não índios aqui”; “A gente leva pra eles sem fazer a mínima adequação à realidade deles”. E Isabela continua narrando:

[...] totalmente distante daquilo que eles poderiam compreender naturalmente se nós levássemos para dentro da realidade deles, então é uma experiência somente de

convívio que o professor tem e não diria uma experiência de troca de conhecimento porque, a língua, essa ferramenta que dificulta tanto a compreensão do outro não é trabalhada antes com o professor, ele não tem contato. Pra poder aproveitar melhor e elaborar sua metodologia dentro da experiência, da cultura deles, porque o professor já leva a metodologia pronta.

A experiência na Aldeia Marumã e relatos de desvios de recursos. Nas narrativas seguintes Isabela faz breves relatos de sua experiência na Aldeia Marumã e denuncia desvios de recursos financeiros que deveriam ser aplicados na educação indígena.

Depois eu fui para o município de Amapá. Amapá mesmo, a sede do município. Assim foram sei anos, voltei para outra aldeia, a aldeia Marumã, também na mesma localidade, mesmo perímetro ali da comunidade Kumenê, eles falam o patoá. No Kumenê eles falam o paliku. [...]. Patuá é uma mistura já da língua deles com a língua francesa.

A gente percebe que as aldeias são regidas pelo Governo Federal, mas os projetos do Governo Federal em relação à assistência das aldeias são só de desvio de verbas, muito desvio, combustível, verbas de empreendimentos. Eu lembro que o ano que eu trabalhei no Kumenê, eles estavam com um empreendimento de levar água potável para a aldeia. Esse projeto já tinha sido iniciado e não concluído por três empresas, os materiais caríssimos estavam lá, uma bomba, uma draga afundada no rio, caixas d'água de dez mil litros, gigantescas por dentro da floresta e eu falei. Nossa! Quanto desvio de verba, quanto desperdício!

Eu nem sei se a empresa que estava lá concluiu porque eles estavam cavando poços no meio do rio, um trabalho, extremamente mal planejado, não levaram engenheiro, um geólogo, nem nada para verificar se o solo dava pra tirar água potável dos poços que eles estavam cavando, então, a gente se depara com situações extremamente degradantes e irritantes. Quando você acompanha, e vê de perto essa escoação da verba pública em projetos que não são fiscalizados, não são acompanhados, é irritante, adoce a gente porque a gente percebe que somos todos prejudicados, principalmente a quem deveria ajudar no projeto, que seriam os índios.

Sobre o adoecimento: a trajetória de Isabela tem como pano de fundo a frustração, a angústia e a revolta, e associa o adoecimento a esses sentimentos,

[...] porque quando a gente trabalha dentro da educação, a gente tem um ideal de conseguir eliminar todos os problemas das pessoas que nos cercam né? Da população mais necessitada. Então, o professor tem esse ideal de que deve ajudar e quando ele se depara com problemas maiores que o impedem de realizar esse ideal dele, ele se frustra, ele adoce, ele se sente inoperante, ele se sente incapaz diante de uma situação tão grave, tão grande, fazer efetivamente alguma coisa né? Pela comunidade né?

Então essa sensação de revolta, de angústia diante desses descasos com as pessoas carentes, principalmente com os índios que, além de não falar a nossa língua, ficam esperando alguns benefícios do Governo Federal e esses benefícios não chegam, é apenas um caminho pra eles desviarem verba, isso contatado logo depois que eu retornei da aldeia, houve matérias mostrando que houve desvio de combustível, porque pra você chegar à aldeia, você precisa de combustível, óleo pra movimentar as voadeiras.

Então esse processo causa um tráfego de desvio muito grande de combustível, prejuízo exorbitante, para o professor, nossa é uma “jaranice” de combustível, a

gente tem que ficar observando se o óleo dá pra chegar, dá pra ir até a aldeia. Às vezes os índios adoecem e não tem óleo para ir pra cidade tratar as crianças doentes e o combustível, como se saísse milhões de litros para as aldeias pra atender as necessidades devidas e o combustível não chega, sempre eles estão carentes de combustível para atender as necessidades deles, pra vender os produtos deles.

Pelos órgãos públicos que administram (cita os nomes), pelos funcionários dos órgãos, vendem, usam indevidamente, porque o combustível é pra atender só as necessidades indígenas, mas eles usam para atender as necessidades próprias, particulares.

“A frustração que adoce” e o conflito de valores: nas narrativas a seguir, Isabela aponta a tensão vivenciada entre princípios e os valores morais pessoais e a ausência desses no contexto apresentado, ressaltando os conflitos resultantes dessa tensão com algo que causa angústia, revolta e faz adoecer.

A frustração que adoce, adoce porque quem tem princípios, valores éticos e se depara principalmente com essa falta de princípios e valores, causa um conflito interior muito grande, “pô” eu estou numa sociedade totalmente adversa daquilo que eu espero. As pessoas que eu espero que tenham um procedimento ético não têm. A falta de humanismo dentro das pessoas que administram a verba pública é muita; a falta de amor ao próximo é notável, é perceptível, num grau exorbitante e isso adoce quem espera o contrário.

Fica sempre um gosto de frustração, de revolta, de angústia, de falta de esperança de mudar a realidade. Você ver sempre essa novela constante e repetitiva de que o Brasil não vai melhorar porque a educação não oferece excelência, o Brasil não vai melhorar porque os envolvidos no processo dessa melhoria não estão comprometidos, não têm ética, então, isso adoce o professor, aquele que realmente se compromete com a educação de qualidade, com a mudança de postura da população, ele adoce.

“O professor do Modular sofre muito, a gente adoce muito”. Isabela fala sobre os tipos de sofrimento e adoecimentos dos professores do Modular e os possíveis fatores associados a esse tipo de trabalho tão desafiador.

O professor do Modular sofre muito, a gente adoce muito. O sofrimento primeiro é a ausência da família, segundo o suporte por parte da Secretaria de Educação inexistente. O professor ganha gratificação, mas com essa gratificação ele tem que suportar todo tipo de mazelas no interior: falta de alojamentos, salubridade, material didático, atendimento de saúde. O professor do Modular era pra ter paralelamente um plano de saúde porque a gente adoce muito, a água não é potável, a alimentação, a higiene, então, nossa! Nós chegávamos a alojamentos, às vezes chegávamos à noite estava tudo sujo, não havia nem uma preocupação por parte da escola, “olha, os professores vão chegar, vamos mandar uma servente da escola limpar o alojamento para os professores” não, há um descaso absurdo. A gente chega cansada, a gente tem que dormir em qualquer lugar com sujeira, insetos, então é uma extremamente deprimente e humilhante.

Saída do Modular: Isabela justifica a saída do Modular, comentando sobre a dificuldade de conciliar maternidade e modos de vida no Modular, e admite que, mesmo tendo sofrido “apertos” financeiros, “não tem vontade de retornar” porque “adoecia muito”.

Eu saí por não conseguir conciliar a maternidade com o Modular. Eu tinha tido bebê, recentemente, e eu tentei voltar ainda, mas eu não conseguia deixar o bebê, eu ainda amamentava e também pela questão da falta de qualidade de vida [...]. “Olha, eu saí e digo que eu não tenho nenhuma vontade de voltar, eu me aperto com o meu salário aqui, mas eu não tenho vontade de voltar porque eu sei que eu adoeceria mais ainda”.

A fala dessa professora deixa claro o tipo de adoecimento e sofrimento psíquico diante desse cenário:

[...] adoecia muito da garganta, adoecia muito, ficava muito deprimida dentro do alojamento, aqueles cubículos quentes, alguns levavam ventilador, alguns levavam garrafão de água mineral e é bem complicado, é deprimente mesmo o trabalho no ensino Modular. A agente se sente abandonado.

A professora Isabela, em suas narrativas, apresenta temáticas que merecem uma análise socioantropológica aprofundada do trabalho no Modular, devido à relevância desses relatos e do contexto do trabalho no SOMEI. Porém, nesse momento, destaco apenas algumas de suas denúncias associadas ao modo de fazer “educação indígena”: falta de capacitação dos professores para trabalhar com as comunidades indígenas; educação improvisada, aleatória, com mínimos recursos, sem atender as necessidades das comunidades; escolas em situação precária; desvios de verbas públicas; o professor sente-se abandonado. Referente ao adoecimento: “não posso afirmar que foram, exclusivamente, essas experiências frustrantes acumuladas durante o período de docência, mas contribuem grandemente pra isso também”.

7.3 Professores do Modular: subjetividades “sofridas” e “felizes” - a ambiguidade no ofício docente

As histórias apresentadas ilustram alguns aspectos da vida, experiências, percepções, vivências subjetivas e depoimentos sobre os significados do contexto socioantropológico de trabalhar no Modular. Entretanto, para se compreender um pouco mais esse cenário e compor esse mosaico, considero necessário apresentar narrativas de outros docentes do Modular, também entrevistados, que possam ampliar e fortalecer a percepção sobre os desafios e adversidades confrontadas por esse coletivo de professores e professoras. Homens e mulheres, que se afastam da vida familiar e urbana para viver essa espécie de aventura desbravadora da ignorância dos ditos saberes científicos, necessários aos jovens que vivem nas brenhas da

floresta amazônica, receber uma formação escolar e inserir-se no mercado de trabalho, fora de seus contextos social e cultural.

O trabalho desse grupo de docentes parece-me bastante “sofrido”, porém, conforme alguns professores, para além desse visível sofrimento existem a alegria e o gozo em exercê-lo. Diante dessa visível ambiguidade questiono: de onde vêm as forças desses professores para desafiar as inóspitas condições de trabalho no Modular? Quais as suas principais queixas? Como se caracteriza o cenário de trabalho desses profissionais? Quais os principais riscos e tipos de adoecimento? Como vivem essa vida de aparente nomadismo? O que perdem e o que ganham?

Nesta seção, portanto, tento elaborar um retrato socioantropológico e citar algumas questões associadas às insuficiências das políticas educacionais no interior do Amapá. Isso através de fragmentos de narrativas de professores sobre diferentes dimensões do trabalho docente na categoria de ensino do Modular, dando-lhes voz, conforme a identificação de temáticas que me parecem relevantes e representativas dos modos de vida desses profissionais.

7.3.1 Condições de trabalho e falta de estrutura: “eu vejo que a gente mata um leão todos os dias”

Com base em minhas observações e nas análises das entrevistas, as reclamações mais frequentes sobre o Modular estão associadas à precariedade das condições de trabalho e à falta de estrutura. O professor Vicente¹³⁹ faz relatos bastante indicativos das ausências e dificuldades do trabalho no Modular, que merecem ser registrados nessa seção:

Eu acho que a principal queixa é a falta de estrutura. A gente não vê um olhar do poder público para o Modular [...]. É um pouco esquecido, marginalizado, eu acho que é a principal queixa. Essa falta de apoio. Jogam a gente pra localidade “vai, te vira!” Professor cai na ponte, machuca o pé, vem fazer fisioterapia e dizem: “olha, professor não vai dar pra fazer fisioterapia ou o senhor escolhe vai trabalhar ou fazer fisioterapia?” Tudo isso a gente tem que enfrentar (Prof. Vicente).

Recursos necessários, condições necessárias. A gente vive em condições subumanas. Alojamentos, riscos de ser picados por cobras e escorpiões. A gente fica à mercê de tudo isso. As fezes de morcego [...] tem professores que têm alergia, devido a fezes

¹³⁹ Natural de Macapá, 44 anos, solteiro, graduado em geografia. Professor efetivo estadual desde 2000 e está vinculado ao Modular desde 2002. Realizei duas entrevistas com o prof. Vicente, nas quais menciona, em sua história de adoecimento, obesidade e problemas pelo uso de álcool. Faz acompanhamento no Psicossocial há dois anos.

de morcego. Tem professores que já passaram mal, então, eu vejo assim essa falta de apoio. A gente não tem [...] (Prof. Vicente).

O Modular é jogado, né? É como se a gente fosse marginalizado dentro de um grupo, porque, assim, isso também causa uma determinada tristeza, né? A questão do próprio apoio, da valorização, do respeito. Isso acaba causando também essa questão do [...] de se sentir assim, dentre as situações, a depressão, da tristeza. Chega numa comunidade tu olhas assim “Meu Deus, eu vou viver aqui”, sem nenhuma estrutura, sem nada, e, isso acaba te causando uma tristeza, uma angústia, né? (Prof. Vicente).

A grande maioria é sem nenhuma estrutura. Infraestrutura nada, às vezes, é casa sem banheiro, é casa sem uma mesa pra gente sentar. E, outro momento, nós enfrentamos muito com relação às doenças que a gente adquire lá, vamos dizer assim, devido insetos, né? Escorpião, cobra, já foi professor picado de cobra, escorpião, então, são problemas que também a gente enfrenta no dia a dia, né? (Prof. Vicente).

A gente coloca os problemas, mas fica esquecido. Por exemplo, em comunidades, já não sei quantas quedas eu já peguei, o quanto eu já me feri caindo em pontes, dentro do próprio alojamento de tábuas que quebra né? Meu corpo só é marca de tanto eu cair, né? Que eu estou acima do peso, né? E também acho que a obesidade também essas questões das doenças. O processo da obesidade, né? Que a gente acaba tentando desviar aquela questão da depressão, comendo muito, né? Como toda hora, toda hora (risos). (Prof. Vicente).

A gente não tem nada, só cobrança, eu digo assim, a gente é mais marginalizada. A gente se sente isolado, vamos dizer assim, é um grupo marginalizado. A gente é extremamente esquecida, extremamente marginalizado. Ninguém vem ver o nosso trabalho assim com bons olhos, vê mais pela questão financeira [...]. “Ah, o professor do Modular ganha tanto de gratificação” aí a perseguição é em cima disso, mas ninguém vê o trabalho que a gente realiza. Os alunos que hoje já estão na Faculdade. É assim [...]. Quando dá certo elogia, quando alguma coisa dá errada a culpa é do professor, né? A gente já traz essa carga que todo o problema da educação é do professor. (Prof. Vicente).

Para além de todas essas dificuldades, o prof. Vicente também aponta a falta de apoio pedagógico, fazendo com que o professor assumia vários papéis: “psicólogo, orientador, supervisor, mãe, pai, diretor, tudo a gente é”.

E eu vejo assim também, que o Modular, a gente não tem uma equipe pedagógica. A gente passa a ser psicólogo, orientador, supervisor, mãe, pai, diretor, tudo a gente é. Porque, às vezes, a gente chega à escola e só vai conhecer o diretor quando a gente vai entregar a caderneta. E a gente tem que encarar toda essa realidade da comunidade, né? Às vezes, a gente chega e não tem caderneta, não tem giz, não tem nada. E a gente tem que se virar com o que tem [...]. Então, todas essas dificuldades, a gente enfrenta. A falta de estrutura e o apoio pedagógico é o que mais a gente sente necessidade no Modular (Prof. Vicente).

“Andar com a biblioteca nas costas”, declara o professor Francisco¹⁴⁰,

¹⁴⁰ Natural de Belém- Pará, 61 anos de idade, graduado em História (Universidade Federal do Pará). É professor efetivo do GEA desde 1978. Trabalha no Modular desde 1996, já há 19 anos. Professor com vasta experiência no trabalho Modular, que vale a pena registrar a sua fala: “Iniciei trabalhando no Oiapoque, na área indígena e fui nomeado para um cargo, depois retornei ao módulo, onde nós estamos até hoje né? Andando por todas as comunidades, localidades do Estado do Amapá, pelo Oiapoque, São Joaquim, Laranjal, Itaubal, Serra do Navio,

porque, a gente tem que andar com uma biblioteca na costa. Tem escola que não tem um livro pra trabalhar com aquele aluno. Nem todo lugar dá pra ti levar computador para fazer uma aula diferenciada, então, a gente trabalha muito com o que eles têm. Com a realidade deles. Fazer uma festa pela escola “vai aproveitar por aqui o que tem” mato que dá pra gente fazer um arranjo. Então, a gente tem essa sensibilidade, essa flexibilidade também (Prof. Francisco).

Tem isso, tem problemas de energia, falta de livro, falta de uma televisão, que estão queimadas, falta de um DVD, falta de filme, falta aquela estrutura na escola, fica com vontade de dar aquela aula boa, para ajudar a construir o conhecimento do aluno, e às vezes se nós não levarmos o nosso material, nós ficamos a ver navios. [...]. Aí nós ficamos impotentes até, mas o poder público, o gestor, a Secretaria de Educação, o governo, ele tem que fazer alguma coisa pra que o professor tenha o assessoramento, ele passa a ter mecanismo para que ele possa produzir uma boa e grande aula (Prof. Francisco).

Doenças mais comuns contraídas pelos docentes no Modular: declarações do professor Vicente:

Eu acho que os grandes problemas de doença do Modular estão relacionados a problemas de gastrites, e [...] eu tive várias. Eu peguei cinco malárias. Adquiri problema de estômago no Modular, porque, há falta de tratamento de água. Tem lugares que é complicado, não tem como levar água mineral também. As pessoas bebem água sem nenhum tratamento, e têm que se submeter a isso [...] verminose, ameba [...]. Problema com alergia. Aonde tem fezes de morcego eu adquirei no Modular. Ataca uma alergia, devido muitas vezes. A gente dorme caindo fezes em cima da gente. Porque, a gente não tem nada. Coloca o mosquiteiro nada que proteja. E o morcego acaba [...] A gente acaba adquirindo doença de fezes de morcego. Mais ou menos, isso que eu já adquirei no Modular (Prof. Vicente).

Eu vejo assim, que dentro da questão do Modular, o que mais deixa a gente assim [...] a gente fica angustiado, deprimido, acho que é o [...] Uma das questões assim que afeta muito o professor do Modular é ser assim um pouco deprimido. A gente não tem um acompanhamento psicológico, que eu acho que deveria ter (Prof. Vicente).

Eu acho que sim. A depressão, a questão da angústia, né? Que a gente fica angustiado [...] Tem lugares que a gente fica extremamente deprimido. Sem apoio. Olha, o Sucuriju é um lugar bom, que a comunidade é uma comunidade boa, mas, assim a gente se sente muito preso, muito deprimido. É [...] Acho que devido essa questão da depressão, da angústia, a gente acaba buscando no álcool (Prof. Vicente).

Então, a saúde do professor do Modular é muito complicada, porque, a gente não tem esse apoio. Quando a gente vem fazer um exame, aí [...] a gente vai à coordenação e é tratado daquela forma. Como se não fosse ninguém, como se o professor do Modular não adoecesse, entendeu? Aí tem muito professor do Módulo

Vitória do Jari, Pedra Branca, Ferreira Gomes, Carmo, Cajari, Pracuúba, Bailique, Tracajatuba, Colônia Água Branca, Água Branca do Cajari, as aldeias indígenas do Manga no Oiapoque, Kumarumã, Kumenê, Santa Izabel. Então nós temos assim, uma boa vivência educacional no ensino da educação no Estado do Amapá e nós vivemos várias realidades, cada comunidade com sua realidade, com a sua individualidade. Então é uma diferença e uma diversidade cultural muito grande né? As áreas ribeirinhas que nós andamos também, como Pau Mulato, Bailique, Filadélfia do Igarapé Grande, inclusive é a última comunidade que tem no Bailique, nós atendemos também, o ensino modular atende”.

doente, trabalhando doente, né? Infelizmente, essa falta de sensibilidade da própria coordenação, da própria secretaria (Prof. Vicente).

A gente não tem uma alimentação adequada. Tem lugares que não tem onde conservar o alimento, pela falta de energia, não tem como levar muito alimento, ou leva, calabresa, charque, enlatado, e, isso acaba causando esses problemas [...]. É. Inclusive eu estou até fazendo tratamento agora pra questão da *h-pylori* que é comum os professores do Modular terem *h-pylori*, né? Gastrite [...] (Prof. Vicente).

Da água, da alimentação, que a gente come muito enlatado. Tem comunidade que não tem como conservar alimento, a gente tem que levar salgado. A questão da pressão arterial também é um problema sério, porque, a gente come muito alimento com conservante, né? Então, a gente vê que isso aí tem esses problemas, que a gente enfrenta no dia a dia no Modular. A gente não tem uma alimentação adequada, não tem como a gente levar essa alimentação adequada (Prof. Vicente).

Alcoolismo: “É fato, eles bebem demais”. O uso excessivo do álcool aparece em vários depoimentos dos professores entrevistados:

Muitos bebem muito, muitos se separam de esposas, então, eles não conseguem se manter equilibrados dentro do ensino modular. Eu já acompanhei casos de colegas que já se separaram de maridos, hoje já separaram pela segunda vez, então, tem esses casos. Fragiliza bastante [...]. São poucos que se mantêm com as famílias, do meu período muitos já se separaram. Os homens porque se sentem muitos soltos, longe da família, se relacionam com outras pessoas e vice-versa. (Prof. Isabella).

[...] eu vejo assim que os problemas sérios do Modular hoje que a gente observa relatando aqui é a questão do alcoolismo. Tem colegas que já não tem controle da bebida e acabam criando problemas na comunidade. É um problema sério. (Prof. Vicente).

Mais entre os homens. Algumas mulheres também fazem. Ficam assim, bebem muito. Já conheci pessoas assim, desse jeito. Todo dia tinha que beber, para ficar lá, ou, para ficar alegre. Para distrair, agora eu acho difícil uma pessoa dessas trabalhar, porque, uma pessoa que bebe à noite até altas horas, ficar de porre. Essa pessoa fica quase sem condições de no outro dia vim trabalhar, não tem disposição, né? Cansa muito, mas eles já estão tão acostumados a isso. [...]. Tem um grupo de professores que bebem todos os dias, não tem hora, é de manhã ou à tarde, mas é mais no final da tarde para a noite (Prof. Tobias)¹⁴¹.

Tem comunidades em que o professor já é visto como alcoólatra, tanto é que uma vez a gente foi pra uma comunidade aí fomos num comércio que o rapaz estava tão acostumado a vender bebida para o grupo anterior que nós chegamos lá e pedimos o refrigerante, tomamos e depois notamos que ele ficou, assim, aí deu um tempo ele falou “olha eu coloquei duas grades de cerveja pra gelar pra vocês aqui e vocês vão tomar refrigerante?” [risos]. Então, na cabeça dele o professor do Módulo bebe, é alcoólatra. (Prof. Tobias).

Acho que uns 70% difícil a gente trabalhar com alguém que não faça uso de bebida alcoólica, eu, por exemplo, não tenho esse vício, eu nunca tive vício nenhum de questão do alcoolismo, tabagismo, nunca tive isso. (Prof. Sergio)¹⁴².

¹⁴¹O prof. Tobias, 38 anos de idade, casado, graduado em Pedagogia, professor do GEA deste de 1996, 20 anos de docência. Está no Modular desde 2004, há 12 anos. No momento da entrevista trabalhava na comunidade do Maruanum, com o Ensino Fundamental II. Sofre de depressão e ansiedade generalizada, faz acompanhamento no Psicossocial - Casa do Professor a partir de 2013.

¹⁴²Natural de Belém-Pará, 48 anos de idade, ingressou no GEA em 1994. Está no Modular há 20 anos, desde 1995, quando iniciou o Modular.

Fatores que influenciam o ingresso no alcoolismo: a distância da família como instituição de controle, conforme as percepções dos professores Vicente e Gilberto:

[...] o isolamento, a distância da família, que de alguma forma a família é uma instituição de controle né? Do pai e da mãe, você em as suas responsabilidades, mas quando você se distancia dela, eu não sei como isso acontece no psicológico, eles se sentem tão livres, tão soltos, que eles ingressam rapidamente no alcoolismo, na fornicação e outras condutas que junto da família, talvez ele não tivesse (Prof. Vicente).

Eu creio que seja um reflexo também, todo esse cenário que a gente acabou de abordar, com certeza influencia nesse comportamento do professor, primeiro que a gente não tem prazer de ficar dentro de um alojamento que parece um cubículo, parece uns minis cárceres e segundo que fora da sala de aula não tem outra atividade para o professor, não tem uma sala para ele estudar, não tem nada nos alojamentos. Só tem a rede [...] só a rede e os pertences que ele traz de casa [...] não tem mesa, um lugar para se socializar, para sentar todo mundo conversar, ler, não tem (Prof. Vicente).

É [...]. Acho que devido essa questão da depressão, da angústia, a gente acaba buscando no álcool. Eu falo por mim também, né? Porque, eu não vou dizer que não. Assim, às vezes, bebe, toma uma cerveja, toma cachaça pra ver se dá uma aliviada, que a gente sabe que não é [...] Mas, vamos dizer assim, que eu não vou [...] Se eu disser que não. [Ruídos] [falas conjuntas] Compensação né. Agora tem uns colegas nossos que já sofreram com a questão do alcoolismo, que já estão numa fase muito avançada de dependência, de não ter mais controle, vai pra sala de aula bebido, às vezes, ou deixa de ir pra escola, porque bebeu no dia anterior. Eu relatando aqui, eu acho que o alcoolismo é um problema que está afetando o professor devido todos esses processos que a gente enfrenta essa carga de responsabilidade que a gente enfrenta né? Porque não é fácil, o Modular não é fácil, é um trabalho que a gente tem que gostar, não é? (Prof. Vicente).

A gente sente muito a falta da família porque a gente transfere o carinho e o amor dos filhos, da esposa, pros colegas que estão junto conosco e nem sempre isso é receptível. [...] me veio na cabeça, a solidão, que muitos passam no módulo e isso faz com que muitos deles procurem uma fuga que não é muito positiva, que é a questão da bebida alcoólica, em alguns casos até drogas e isso acaba atrapalhando a vida profissional do educador. Eu vejo muitos colegas que realmente precisam de um tratamento psicológico por conta dessa solidão do modular (Prof. Gilberto).

Conflitos relacionais com os colegas: “porque, há uma carga emocional muito grande que a gente leva”, como esclarece o professor Vicente:

Mas a gente vê muito conflito no Modular. Colegas que chegam num estado de brigar, por causa, de um copo. A gente vê que o emocional está muito abalado. No Modular a gente vê que muitos professores levam seus problemas familiares para o trabalho. Isso acaba afetando o grupo e a relação com o aluno, direção, então, a gente percebe no Modular muito conflito. Existe muito conflito. Porque, há uma carga emocional muito grande que a gente leva (Prof. Vicente).

No grupo é a falta de relacionamento mesmo. Divisão de tarefas, divisão de alimento. Tem gente que não quer contribuir, mas quer comer. Então, assim a questão da convivência é meio complicada. (Prof. Vicente).

É uma expectativa muito grande pra saber para onde é que a gente vai, com quem vai, entendeu? Eu particularmente, já consigo me adaptar a essas realidades das comunidades. Claro, é difícil? É. Mas, eu já me preocupo mais com quem eu vou, é essa minha preocupação maior, porque, lidar com os colegas é complicado, né? Vamos dizer assim, é o “*Big Brother*” Modular [risos], a gente sempre coloca isso. (Prof. Vicente).

Rupturas de laços conjugais, perda dos laços sociais e precariedade da vida social:

Olha, pelo que a gente [...] por esses meus tantos anos de Modular os casais se separam. Hoje não tem uma convivência. Se separam mesmo. Então, quando convivem é aquela convivência com muito conflito, né? Eu tenho colegas, que com o relato deles, às vezes, traição do marido que fica, e gera um conflito, às vezes, a professora não sabe dividir essa família e carrega essa carga emocional, ela leva com ela. (Prof. Gilberto).

O sofrimento assim, é que a gente fica longe de casa, longe da família e assim, muitas pessoas que eram casadas, a gente percebe que tiveram seus relacionamentos prejudicados, eu por exemplo, me separei duas vezes (risos), quando eu entrei no módulo eu tinha um relacionamento com uma pessoa, né? Me separei dela, já fiquei com outra pessoa que eu conheci em uma localidade, que eu fui designado para trabalhar, vivi com essa pessoa muitos anos e hoje já me divorciei dela, então assim, é complicado para a pessoa que tem família, constituiu família, trabalhar no módulo, por que? Porque se ausenta, fica muito tempo longe de casa (Prof. Sergio).

Essas narrativas expressam sentimentos de perdas associados à convivência familiar e social, revelando queixas de danos subjetivos e intersubjetivos decorrentes dessas perdas, difíceis de serem reparados.

7.3.2 Outras queixas específicas associadas ao trabalho docente no modular

Os relatos de queixas e reclamações sobre o trabalho no Modular são múltiplos. Acrescento, às queixas já apresentadas, algumas mais específicas, principalmente as socioambientais, ligadas às questões geográficas e estruturais das localidades e comunidades onde esses docentes exercem suas funções.

Dificuldades com a distância: o traslado, o acesso e a permanência nas comunidades. A localidade do Sucuriju é classificada como área de rodízio e talvez seja uma das mais temidas pela maior parte dos docentes. Durante o sorteio, quando são anunciados os nomes dos professores ou professoras sorteados/as para essa localidade, observei que o restante do professorado respira aliviado por estar livre e aplaude o grupo com um tom burlesco, “tirando onda”. O temor de ir para essa localidade está associado à distância, ao tempo de traslado e às dificuldades estruturais próprias desse lugar ermo, no extremo Leste do Amapá, como os professores Tobias e Vicente relatam:

[...] uma das principais dificuldades que a gente enfrenta é a questão das viagens. São muito perigosas, não são viagens fáceis. E agora a última comunidade que me chamou atenção foi Sucuriju, porque, eu fui no mês de outubro, novembro e dezembro, e a dificuldade do Sucuriju também é a viagem, que a gente vai em cima de barco de pesca sem nenhuma proteção, sem salva-vidas, 24 horas de viagem, isso quando o barco não quebra, quando a gente não pega corrente marítima, essas coisas, então, a viagem se torna longa e perigosa, né? Porque já pega o Oceano. Sai da costa do Amapá até a comunidade de Sucuriju, dá em torno de 24 horas de viagem. De barco de pesca sem banheiro, sem água, a gente tem que levar tudo. Porque a água é salgada, já é mar. E a grande dificuldade no Sucuriju, assim foi a comunidade que mais me chamou a atenção [...]. (Prof. Vicente)

Essa distância causa certo sofrimento, leva o professor a viver de forma em uma comunidade pequena, então, você não tem muita opção de ir pra lá, pra acolá. Às vezes, você entra numa comunidade que é ponte. Palafita, então, você não tem saída a não ser pegar o barquinho pra ir à casa de alguém, e na comunidade você vai à casa de alguém fazer uma visita, jogar conversa fora. A energia só à noite de 18h às 22h, depois disso apagou tudo. O cara tem que está na sua casa, ou, como lanterna na mão. Esse contexto favorece também para o relacionamento de professores do ensino modular, professores do fundamental e do médio, entre eles, professores com alguém na comunidade, alguma “moça”, pessoa da comunidade, então, leva pra esse lado também, fica mais propício a isso, porque fica [...] propenso a um relacionamento amoroso. E também pode estimular esse período por estarem tristes, ou estarem longe de casa, leva muito ao consumo de álcool. Eles bebem muito. Eu não bebo. Nem no módulo, nem aqui. Mas já vi muitos professores que toda noite eles têm que ter uma garrafa de vodka, ou cerveja, ou vinho. (Prof. Tobias)

É um caso sério, porque tem professores que não têm o costume, logo, que entram no SOME, não tem o costume de ficar longe da família. Viajar para lugares tão distantes, então, esses professores sofrem, às vezes, ficam mal-humorados, né? Não acordam bem, por conta dessa distância. Passou de duas semanas, uma semana pra frente já começam esses sintomas assim. Dias em que a pessoa está mal-humorada, às vezes, de ficar reclamando, que está distante. Não poder estar com a família. Exatamente. Saudade, a falta dos filhos, quando é professora falta do esposo, quando é professor falta da esposa, da família [...] ausência de comunicação. Algumas comunidades não têm telefone. Exatamente por causa disso. Tem comunidades que não [...] são isoladas. Aqui para o lado do Bailique a escola mais distante que é o Filadélfia, que a gente viaja daqui quase 24 horas pra chegar lá, fica difícil porque não tem comunicação. Tem um orelhão lá que não funciona, então, você fica isolado. Tem professor que chega à escola, ele chega a se desesperar, por conta da distância que é. E não tem esse suporte para o professor, né? Aí como você pega uma comunidade dessa distante, aí uma comunidade com o diretor ausente piora tudo. (Prof. Tobias)

A falta de qualidade da alimentação: como já foi acenado pelos docentes em seus relatos, esse fator representa uma dificuldade que influi bastante na qualidade de vida e da saúde docente, principalmente devido ao consumo de alimentos industrializados:

A alimentação é precária, porque o que tem é enlatado, as comunidades geralmente vivem da pesca e coleta e caça, então, não tem a feira onde você possa comprar seus alimentos, as frutas não têm, só aqueles comércios que só têm aqueles produtos. Então se o professor quiser ter uma alimentação adequada, ele tem que levar da cidade, mas aí parece porque não tem geladeiras nos alojamentos, é complicada muito complicada a vida do professor. (Profa. Isabela)

Figura 20 - Carregamento de alimentos



Fonte: Acervo do SOME/SINSEPEAP-2014.

Visualiza-se na Figura 20, o carregamento de várias caixas e materiais. Além de alimentos, os docentes também levam material de limpeza doméstica, higiene pessoal, garrafões de gás e de água, devido à inexistência de água potável em algumas comunidades, principalmente, no Sucurijú, onde a água é salgada.

Há falta de água potável em algumas localidades e possíveis doenças dela decorrentes, conforme o relato a seguir:

Então, a maior dificuldade é a questão da água no Sucuriju. Inclusive, um nosso colega pegou hepatite, teve uma complicação no estômago devido a essa questão da água. E, às vezes, a água do Sucuriju, eles têm que pegar no lago, que é o lago Biratuba que sofre influência do mar também, que fica uma água salubre. Então, aquela água dá diarreia, ela dá assim uma série de problemas. Essa mistura da água salgada com a água doce que eles pegam no lago quando não tem que dá, mais ou menos, umas 5 horas de rabeta¹⁴³ (Prof. Vicente).

A condição dos alojamentos: “parece uns minicárceres” - em algumas localidades são de extrema precariedade, como denunciam as seguintes falas:

Eu creio que seja um reflexo também, todo esse cenário que a gente acabou de abordar com certeza influencia nesse comportamento do professor, primeiro que a gente não tem prazer de ficar dentro de um alojamento que parece um cubículo, parece uns minicárceres e segundo que fora da sala de aula não tem outra atividade para o professor, não tem uma sala para ele estudar, não tem nada nos alojamentos. Só tem a rede [...] só a rede e os pertences que ele traz de casa [...] não tem mesa, um lugar para se socializar, para sentar todo mundo conversar, ler, não tem. (Profa. Isabela).

Muitos alojamentos são precários porque eles não têm nem uma estrutura, só são as paredes, não tem fogão, não tem geladeira, não tem cama, não tem televisão, não

¹⁴³Pequenas embarcações típicas da navegação nos rios da Amazônia.

tem nem uma mobília, a grande maioria dos alojamentos é assim eles só dão aquelas estruturas físicas e, as vezes toda deteriorada, banheiros horríveis (Prof. Sérgio).

Figura 21 - Alojamento para descanso



Fonte: Acervo do SOME/SINSEPEAP-2014.

A problemática dos transportes para professores e alunos. Citam-se algumas dificuldades sobre esse aspecto, de acordo com relatos dos docentes: a vida em comunidades ribeirinhas “obedece à maré”. As travessias dos rios dependem da condição da maré (alta ou baixa). Portanto, o desenvolvimento das atividades escolares também acompanha o movimento das águas.

Outro aspecto, importante e problemático, refere-se às condições das estradas no período de chuva, como mostra a imagem a seguir. Mais um aspecto, bastante lembrado nas entrevistas, refere-se ao atraso de pagamento dos transportes por parte da SEED, em que, em determinadas situações, os professores são forçados a parar suas atividades porque tanto eles quanto os alunos ficam sem condições de acesso à escola, como o prof. Tobias explicita:

Figura 22 - Estradas no período de chuva



Fonte: Acervo do SOME/SINSEPEAP-2014.

A questão, às vezes, de transporte, nosso e dos alunos, é outro fator. Tem comunidades só dá pra transportar uma vez por dia. Não dá pra fazer os dois turnos, ou, você faz um turno, ou não faz nenhum. Porque a distância é muito longe pra chegar. Só pra você ter uma ideia tem comunidade que viaja três horas. Pra chegar à escola, às vezes, não encontra a questão da maré, que é desfavor da embarcação. E quanto ao transporte pra gente é com relação ao transporte dos alunos. Em alguns momentos, alguns períodos do Módulo, o governo deixa de pagar os funcionários do transporte, com isso, eles vão levando até onde dá. Eles conseguem levar, às vezes, até três meses sem receber, mas daí pra frente não dá mais. Aí eles têm que parar. Aí interrompe o trabalho da escola. Tanto de 1ª à 4ª, como de 5ª à 8ª séries. Aulas interrompidas. Já chegamos a interromper por 15 dias, duas semanas, uma semana. Atrapalha tudo [...]. Além das péssimas condições dos alojamentos, ainda tem problema de transporte é muito sério isso tanto transporte para chegar como para voltar e também transporte de aluno prejudica muito, às vezes, o transporte para e nós paramos uma semana, porque, não tem combustível ou não pagou o transporte por meses. Aí essa semana a gente perde sem trabalhar. Se a gente estiver em um local bom a gente retorna pra cidade e fica lá sem fazer nada esperando regularizar a questão do transporte (Prof. Tobias).

As condições estruturais das escolas. Os relatos a seguir falam por si próprios:

As condições de trabalho? Hum [...] Nesses 10 anos eu já dei aula em uma igreja católica “isso aqui era lindo” [referindo-se à sua casa]. “Você pode até fazer referência, minha casa está em construção”. A igreja era bem mais feia que isso aqui. Eu já dei aula em escola evangélica, dei aula em Centro Comunitário dividindo uma parede de dois metros e meio de altura, a professora falava de lá [...] a professora, me lembro bem o nome dela [...], ela tem um vozeirão, ela dando aula de Ciências lá, parece que eu estava pegando a receita médica e eu aqui, dando aula de História, e aí a gente descobriu que o nosso melhor aluno era uma “vaca” que estava olhando assim, pra nós dois, não sabia pra quem olhava né? [Risos]. A vaca olhando, muito interessante aquilo, parece que ela já esperava [...] [o momento das aulas]. Eles ouviam porque a parede dividia, era um barracão, a parede era meia parede aí ela falava, ela tem um vozeirão, ela falava alto e eu aqui dando aquela aula de história, muito louco, os alunos ficavam “porra, quem é que a gente escuta? Mas aí a vaca lá fora né? Aí a vaca fica olhando e “mumm”, foi muito engraçado isso sabe, porque entre todo mundo, a vaca era a mais interessada, quem ela escuta? [risos]. As condições de escola assim que a gente tem assim, quando eu vejo a professora, porque assim, outro dia eu assistindo um programa que mostra escolas muito ruins no Nordeste, as nossas são piores, ou iguais, não tem diferença, infelizmente eu ainda não estou aquele professor conectado pra fotografar. Assim, as escolas todas são muito ruins, todas. (Prof. Roberto).

Escolas mal estruturadas, com diretores que não têm a mínima formação, com estrutura para ser diretor, tocar a estrutura de uma escola. A gente vê também o nível dos alunos, que vêm da 4ª série para a 5ª, 6ª, 7ª e 8ª são uns meninos baixíssimos. Na 5ª série tem alunos que a gente precisa alfabetizar, porque, o aluno não sabe fazer o nome, escrever o nome no caderno. (Prof. Tobias).

Estrutura de algumas escolas no Arquipélago do Bailique

O professor Tobias descreve algumas comunidades do arquipélago do Bailique como sendo um lugar bastante difícil para trabalhar, devido às suas peculiaridades geográficas, e também a decadência estrutural das escolas e as dificuldades de acesso, além da dependência da maré.

O Bailique tem, se eu não estou enganado, são 45 comunidades [...]. Estive numa comunidade que a gente gasta 24 horas para chegar lá, chamada de Filadélfia. Ela é considerada de difícil acesso, difícilimo, 24 horas de barco grande, porque, tem pontos da viagem que você tem que ficar por conta da maré. A maré secou você tem que ficar porque não dá pra passar. No barco, então, fica no barco esperando a próxima maré que enche e você vai a maré seca você não vai. Aí por conta dessa demora, às vezes, dão 24 horas. É uma comunidade com uma família só. Tem lá o patriarca, né? Aí tem os filhos que levaram mulheres de outras comunidades pra lá e foram formando a vila. Tem quatro famílias lá, fora a do senhor “Sapo”, que chamam pra ele. É tudo nome de bichos. Eles aceitam com naturalidade. (Prof. Tobias)

Falta de reforma nas escolas: na percepção do professor Tobias, quase todas as escolas do Estado estão em processo de reconstrução, e o governo tem propostas de construção, mas realizar esse projeto é muito difícil. “Têm casos que tem que jogar em baixo e construir outra. Tanto aqui em Macapá, como no interior mesmo”.

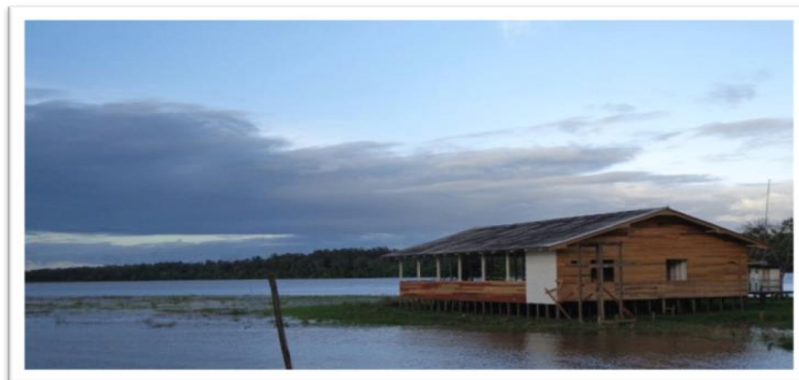
Figura 23 – Escola Filadélfia



Fonte: Acervo do SOME/SINSEPEAP-2014.

[...] O Ministro vê isso e pensa que todas as escolas são assim. Não é bem assim, a maioria delas está caindo aos pedaços. A escola do Araguari, a escola do Bailique, a maioria delas estão precisando de construção mesmo. E um pouco mais em baixo tem Livramento do Bailique que também é longe. O patriarca lá é o senhor “Cobra”, no Filadélfia é o Sapo e no Livramento o Senhor Cobra. No livramento tem de umas 15 a 20 famílias.

Figura 24 - Escola Livramento



Fonte: Acervo do SOME/SINSEPEAP-2014.

Já no Livramento tem outra característica: lá tem uma escola bonita lá que foi feita no governo do Waldez e ela está conservada ainda. E lá atende fundamental e médio. Lá funciona de 1º ao 4º ano. A maioria das comunidades não tem essa modalidade. Essa fase infantil, 3º ou 4º período não tem. A gente encontra na cidade isso, mas no interior não.

7.3.3 A vida escolar acontece conforme a maré: a maré define os horários das aulas

O professor Tobias chama a atenção para uma particularidade das comunidades do Bailique:

Tem uma curiosidade nessa comunidade do Livramento que lá os alunos só estudam quando a maré enche, porque a comunidade tem um igarapé aí a comunidade fica lá dentro do igarapé, quando ela seca o igarapé seca totalmente e não entra embarcação nenhuma. Ela fica isolada. Se quiser tem que ir pela praia pegar uma canoa lá fora. E aí os alunos só estudam com a maré cheia. Todos os dias a maré enche em horários diferentes. Se hoje ela encheu sete da manhã ela vai encher oito e assim ela vai nove, dez, onze [...] Se a maré der sete horas a gente tem que está pronto às sete horas para começar a aula. Se ela der duas horas é duas horas que a gente começa, se ela der meio dia na hora do almoço a gente tem que almoçar onze [...]. Porque, a gente mora bem na beira do rio. Ficamos observando [...] A maré passa na frente do alojamento. As comunidades são formadas ao redor do rio lá adiante tem uma ponte que atravessa aí tem casa dos dois lados. Esse barco já vai pegar lá e antes deles saírem, eles já dizem [...] o barco sai da comunidade [...] Aí eles falam: “olha, hoje professor a água vai dar oito horas”. Aí a gente já fica atento. Então, se for 12h, tem que almoçar 11h.

Figura 25- Infraestrutura das salas de aula



Fonte: Acervo do SOME/SINSEPEAP-2014.

Figura 26 - Mobília da sala de aula



Fonte: Acervo do SOME/SINSEPEAP-2014.

7.3.4 Algumas frustrações dos docentes do SOME

As condições estruturais de trabalho - “A educação é como uma criança que está lá mal alimentada, coitadinha!” Nesse sentido, o professor Roberto mostra algumas contradições.

As frustrações, o que sempre incomodou a gente é a falta de estrutura né? Eu sou um bom professor, vii professora, eu fui o primeiro lugar no concurso do estado do Amapá, sou um bom professor, sou estudioso. Agora a educação não se faz só um [...] A educação é [...] uma criança que está lá mal alimentada, coitadinha! [...] Um aluno [...] ele pega uma canoa, uma hora de canoa até onde o barco passa pra pegar ele, pra levar lá na escola, mas aquele aluno tá lá, sabe, aí vê lá no livro didático um trabalho de pesquisa: pesquisar na internet, sobre [...] Internet, o que é isso? Pesquisar em revistas [...] revista, o que é isso? Tem “malmente” a sala de aula, quando tem.

A educação no interior do estado do Amapá está se fazendo, professor e o professor. E educação não é só professor, educação é estrutura, educação é uma condição toda ali, eu não posso ser a culpa do fracasso da educação no estado do Amapá, eu o professor, eu estou sendo o herói. Eu e meus colegas estamos sendo, a gente compra as coisas com o nosso dinheiro para o aluno, a gente compra comida pra aluno, merenda pra aluno, cadê a estrutura? Cadê? Isso não é só no Camilo, é no Valdez, em todos os governos, desculpa em tudo quanto é filho da [...].

É um problema do Estado, é ele quem tem que resolver, eu não posso ser romântico, Ah me doar, me matar, eu já tive no interior uma [...] Eu não tenho que morrer por isso, nem meus colegas, a falta de condições, a gente não tem que morrer por isso, nem meus colegas também, então o Estado tem que [...] quando a gente vai pedir ajuda, eles riem lá dizendo, ah, é o alcoólatra [...].

Essas narrativas mostram não somente aspectos da realidade da educação no interior do Estado, mas revelam sentimentos fortes de não aceitação dessas condições por professores que ainda se alimentam de ideais e paixões por melhorias no sistema educacional.

É importante ressaltar que, em documentos oficiais, a SEED reconhece o “Sistema Modular de Ensino como o maior Projeto de Inclusão Social do Estado do Amapá”. Segundo esse documento, a SEED “consegue levar educação de qualidade às localidades distantes, dispondo de professores na grande maioria qualificados e ainda oferece transporte para os alunos, assegurando o que preconiza a Constituição Federal na garantia dos direitos individuais e coletivos” (RELATÓRIO, SEED, 2011, pp. 2-3). Comparando essa fala com os depoimentos dos docentes, aparece uma grande fissura, que distância e separa, inegavelmente, essas duas maneiras de dizer e fazer.

O relatório avalia e concorda que esse projeto precisa “superar os entraves que dificultam a sua execução plena devido à ampliação desenfreada da oferta do ensino sem a devida supervisão das ações administrativas e pedagógicas”. Também admite ser necessário “um processo de revitalização, redimensionando a forma de atendimento que garanta qualidade de ensino” quando elenca várias problemáticas, conforme o Relatório (SEED, 2011, pp. 2-3), entre as quais, cito:

- Carência de professores em áreas de pouca oferta (Química, Física, e Língua Estrangeira);
- Inexistência de uma equipe de assessoramento pedagógica para o ensino Fundamental e Médio;
- Evasão escolar;
- Transporte escolar;
- Alojamento para professores;
- Falta de condições estruturais nas unidades escolares;
- Ausência dos gestores nas unidades escolares e nas reuniões pedagógicas;
- Indefinição sobre a situação jurídica da GEM (Gratificação de Ensino Modular);
- Falta de regularização das Escolas onde funciona o SOME;
- Falta de integração entre os setoriais da SEED e as escolas;
- Falta de normatização do projeto SOME;
- Inexistência de formação continuada.

Os desafios do Modular são colossais e constantes. Além da busca de superação dessas dificuldades, um exemplo representativo são as comunidades ribeirinhas (no Bailique, por exemplo, como foi citado), nas quais professores e alunos para desenvolverem suas atividades dependem, exclusivamente, da natureza quanto à influência hidrodinâmica dos rios. Ou seja, obedecer, incondicionalmente, ao ritmo das marés, além de se “virar nos trinta” para garantir a “educação de qualidade”, anunciada pela SEED.

Diante desse inegável cenário permeado de desafios e ambiguidades, retomo a indagação lançada no início deste capítulo: “de onde vêm as forças desses professores para encarar as inóspitas condições de trabalho no Modular?” Ao final das entrevistas e depois de ouvir dos professores sobre suas trajetórias e experiências densas de significados, fiz a

seguinte pergunta a alguns deles: “o que move você para trabalhar no Modular?” Eis algumas transcrições de suas percepções:

É um projeto que eu gosto, eu amo, eu tenho um carinho muito grande pelo Modular. Eu entrei por uma questão financeira. Eu queria comprar a minha casa. Eu acho que todos estão no Modular por essa questão financeira. Mas, eu não vejo só pelo lado financeiro. Eu vejo que eu me identifico com o projeto (Prof. Vicente).

Além da questão financeira? (risos) é porque assim, cada módulo é uma coisa diferente, então a pessoa não fica na mesmice. Mas eu gosto de trabalhar no módulo, por quê? Porque a gente convive com muitas pessoas, a gente conhece varias comunidades, a gente conhece o Estado, tem muitas belezas naturais. Então assim, é um campo vasto de experiência que a gente tem com as pessoas então não é só, é gratificante, entendeu? (Prof. Sergio).

Olha a minha ambição de ser professor, educador e tá em perfeitas condições física e psicológica, né? Claro que a gente não vai dizer que não, seria hipócrita, o dinheiro, o salário, a gratificação que nós temos, mas também levar a nossa ambição, que foi destinada a nós por Deus, aos mais distantes locais do Estado do Amapá (Prof. Francisco)¹⁴⁴.

É mais a necessidade material que a pessoa se acostuma a ganhar aquele suposto valor e acha que aquilo compensa o sofrimento dele, eu particularmente acho que não compensa. Às vezes é necessidade mesmo, porque tem pais que têm filhos em escolas particulares, tem filhos em universidades fora do Estado que mantêm, que pagam essas universidades, pagam moradia do filho, então, se você for fazer uma análise da necessidade desse professor estar no módulo, geralmente é o sustento da família mesmo, porque ele quer o melhor para o filho dele, então ele se sujeita a esse sofrimento, a estar no ensino modular para conseguir realizar um sonho do filho, ou o sonho da casa que ele idealiza, ou o carro que ele idealiza então isso é o que existe. [...] Tem professoras idosas, essas que mantêm firmes o sustento da família, às vezes até netos no sustento. [...] a motivação é financeira, é o que estimula a estar no módulo (Profa. Isabela).

Trabalhar no ensino modular, ele te gratifica, vejo eu, que pela diversidade de culturas que você vai aprender né? Porque trabalha vizinho de índio, comunidade de ribeirinho, você trabalha em comunidade de fronteira e isso é uma gama de conhecimento que não tem preço que pague. É isso que me faz continuar no ensino modular, não é dinheiro, não é gratificação, porque o modular, ele te dá, mas ele também te tira, ele tira a tua família. O ensino modular ele tira o teu tempo com a tua família porque no ano a gente passa praticamente 80% a 90% na zona rural e a tua família não pode ir com você. (Prof. Gilberto).

Nos depoimentos apresentados a principal motivação de trabalho no Modular apontada é o diferencial financeiro, além do gosto e da identificação com essa modalidade de ensino por que esta possibilita maiores oportunidades de conhecer novas realidades dentro do Estado, contato com a natureza e outras formas de interações socioculturais.

Já, nos relatos seguintes, os docentes, além de aludirem à necessidade de manutenção do padrão econômico familiar, devido ao acréscimo salarial, também exibem o entendimento

¹⁴⁴ Professor de História (Ensino Médio - SOME), 61 anos, natural de Macapá, formado pela Universidade Federal do Pará. Atua no SOME há 20 anos.

de que muitos colegas permanecem vinculados ao Modular por causa de empréstimos contraídos, tornando-se “aprisionados por endividamentos prolongados”, e, dessa maneira, essa condição gera também certa dependência financeira para permanecer ligado ao Modular, como elucidam os seguintes relatos:

[...] que a gente começa a fazer empréstimo. Empréstimo, empréstimo, empréstimos, eu tenho empréstimo de 80 meses, ainda está em poucas, quando é que eu vou conseguir sair desse Módulo? Nunca. Empréstimos, demais empréstimos... (Prof. Roberto).

[...] a minha situação não é diferente. Eu tenho parte do meu salário comprometido por empréstimos para fazer minha casa [...]. Eu tenho três filhos fora, antes da minha atual esposa e eu pago pensão pra três. São quatro mulheres que eu tenho. Eu pago pensão, então, sair hoje do Módulo pra mim não é negócio, seria um prejuízo muito grande e a maioria está assim, também no Módulo, dependente. (Prof. Tobias).

Eu posso dizer que o Módulo é o diabo que te dá com uma mão e te tira com a outra. Quem é que recupera anos de mocidades? Enquanto eu estava lá no mato contribuindo com a educação dos filhos dos outros, eu deixei de contribuir com a minha filha aqui, quem é que devolve isso? Hoje ela tem 15 anos. Eu tenho colegas do Módulo que a filha virou prostituta, treze, doze, porque o pai não estava. Que transava por dinheiro, porque o pai e mãe não estavam. Não é o diabo? (Prof. Roberto)

Assim, além do motivo econômico declarado, aferi outras motivações através das narrativas e conversas informais com os meus interlocutores do SOME: identificação com o projeto, trabalho mais tranquilo; poucas turmas; menor violência; novas experiências e muito conhecimento relacionado à cultura, aos costumes e às comunidades locais; construção de laços de amizades, entre outras.

O afastamento familiar aparece como algo negativo, mas para alguns também é percebido como algo “bom”, como afastamento das responsabilidades cotidianas e do controle familiar. O trabalho no Modular também é considerado uma terapia, pois o professor Tobias relata que gosta da vida rural e isso lhe faz bem, e que o Modular não contribui para o seu adoecimento, como afirma: “então, foram situações da vida que intensificaram mais esses sintomas [...]. Mas o Módulo em si, ele não contribuiu”. E Tobias não consegue se ver fora do Modular.

No meu caso tirando a questão da dependência financeira, eu não me vejo mais trabalhando numa escola só, porque a nossa vida é uma vida rotineira, aliás, não é rotineira é [...] [dinâmica]. Hoje a gente está aqui, a gente está se acostumando aqui e já vamos pra ali aí tem que se acostumar novamente com aquela realidade que, às vezes, é diferente. Às vezes não, cada comunidade na realidade é diferente e isso é bom nos faz [...] Eu fico pensando eu vou para uma escola com cinco turmas aí todos os dias eu vou pra essa escola [...] é uma forma de fugir da rotina. (Prof. Tobias)

Para o professor Vicente, além da motivação financeira, trabalhar no Modular também envolve diversão, construção de laços de amizade e outros entretenimentos:

[...] Dizer que é porque a maioria gosta, eu não vou mentir. Eu acho que a motivação maior é o salário. Por mais que hoje o salário que o professor recebe tenha muitos descontos mesmo assim ainda compensa. Agora muitos também se acostumaram na vida que vicia, professores que trabalham no Módulo tem um monte de amigos que viaja junto chega à comunidade e se diverte, bebe lá a cachaça dele, então, pra eles é muito cômodo. Tem essa questão também, mas o salário conta muito. (Prof. Vicente)

Para além de todas essas adversidades transcorridas e denunciadas nos relatos dos professores foi possível observar a potência desse grupo de educadores, através não somente das entrevistas realizadas, mas também por meio da convivência com esse coletivo, em reuniões, encontros e assembleias. Pude perceber não somente o ar triste e lamentoso quando falam sobre o cenário em que se realiza o trabalho docente e a educação nas localidades e comunidades onde atuam, mas notei, principalmente, que a tristeza que carregam em suas subjetividades e particularidades é absorvida pela esperança de uma educação sensível, provocada concretamente para atender a existência das demandas aqui compartilhadas e transcritas nesta Tese.

Dessa forma, entendo que os professores do Modular compõem um corpo resistente, fortalecido pelas intempéries da natureza amazônica e pela riqueza e robustez de experiências construídas ao longo de suas trajetórias por intermédio dessa vida de professor “andante”, cigana ou nômade, em seu estilo de ser e de fazer.

Para finalizar esse capítulo, cito algumas falas de alguns interlocutores do Modular (SOME) que representam esse grupo de profissionais:

São profissionais, bravos profissionais que tentam levar um pouquinho da nossa educação aos mais longínquos locais do nosso Estado, mas os professores do modular, nós temos muitos anseios para a melhoria desse sistema, por parte do poder público, a gente gostaria de ter mais apoio, mas somos esse profissional, a gente não mede esforço de ir onde quer que seja pra levar ou pouquinho da nossa educação ao Estado, isso é muito importante para essas localidades. Eu continuo encantado... é porque, quem está na zona rural, nessas localidades distantes... eles não têm uma biblioteca, eles não têm os meios de comunicação eles não têm uma escola com uma estrutura boa, então eles estão esperando por nós professores né? E o ensino Modular, ele acaba suprimindo um pouquinho, essa falta da distância da cidade, porque na cidade você tem, mas na zona rural você não tem. (Prof. Gilberto)

O professor do modular é um valente, como se diz, é um bravo! Porque ele deixa tudo, ele deixa o seu conforto, a sua família, deixa o seu bem-estar, não é que não tenhamos em algumas localidades, nós temos sim, algum conforto, mas em outras, nós não temos nada de conforto. Quando é na época do verão com muitos ventos, muita ventania, muitas maresias, muitos banzeiros, a gente vai ali com a coragem e a fé em Deus, para a gente chegar lá. [...]. Os nossos colegas que vão lá para o Sucuriçu não têm nem instalação sanitária de alguns barcos, ficam ali sem a sua

privacidade. Nós também, seja na área ribeirinha, seja na área indígena. Agora na área indígena já tem algum conforto, mas nós que começamos o módulo, foi muito difícil, mas ainda continua, porque tem a falta de estrutura, de bons alojamentos, energia, etc. (Prof. Francisco)

Eu digo assim, que o professor do Modular é um guerreiro, eu posso dizer assim, pra gente encarar tantas coisas, A gente é guerreiro mesmo! Então, eu coloco assim, a gente é guerreiro, desbravador, né? Que pra chegar numa comunidade e meter o pé na lama, carregar criança na costa, então, eu tenho assim que a gente é guerreiro. Eu amo o Modular, infelizmente, a gente não tem todo o apoio que deveria ter, às vezes, a gente é maltratada. Eu chego e o diretor já está tratando a gente no chicote, então, pra quem tem como eu [...] Que gosto de lá, às vezes, isso eu “tiro de letra”, mas tem colegas que não. Choram, ficam deprimidos, “ah, meu Deus, quanto tempo eu vou ficar nesse Modular?” (Prof. Vicente)

Muito além de todas essas múltiplas dificuldades apresentadas, os professores do Modular desenvolvem um trabalho relevante para a educação no Estado. Tive acesso a vários projetos construídos e desenvolvidos por muitos deles nas escolas e foi possível analisar a grandeza do esforço e da dedicação desses docentes em defesa da manutenção desse projeto de inserção social e educacional no Amapá, denominado ensino Modular.

No próximo capítulo dou sequência à análise das dimensões temáticas extraídas de trajetórias de outros interlocutores (docentes e técnicos) não apresentadas neste segmento.

8 COMPREENDENDO A EXPERIÊNCIA DO ADOECIMENTO NAS TRAJETÓRIAS DOCENTES: PERCEPÇÕES, APROPRIAÇÕES E DILEMAS

“Agora as salas ambientes das escolas se tornaram depósito de doentes, por isso que onde eu trabalho não entra nenhum doente, comigo não trabalha doente”. (Psi Inês)¹⁴⁵

“Teríamos que interrogar a emergência e o desaparecimento do humano nos limites do que podemos saber, do que podemos ouvir, do que podemos ver, do que podemos sentir. Isso pode nos instigar a, afetivamente, revigorar os projetos intelectuais da crítica, do questionamento, da tentativa de entender as dificuldades e demandas da tradução cultural e do dissenso, e de criar um senso do público no qual vozes de oposição não são temidas, degradadas ou descartadas, mas valorizadas pela instigação à democracia sensata que ocasionalmente realizam”. (BUTLER, 2011, p. 33)

Como lidar com o denso material produzido durante a investigação de campo e das entrevistas: observações, anotações, gravações, transcrições, silêncios, lágrimas e movimentos gestuais não captados pelo gravador? Como selecionar as entrevistas, o que é mais relevante nos relatos dos interlocutores para a compreensão do objeto? Como arrumar e cruzar essa massa de informações numa perspectiva analítica socioantropológica? Como arrumar o material produzido para dar sentido, construindo um mosaico de tessituras narrativas, sentidos e teorias? Como montar esse mosaico de informações sobre as subjetividades, sofrimento e adoecimento do outro? Como lidar com o filtro subjetivo, como pesquisadora em aprendizado? E, mais ainda, apresentá-lo na condição de dados empíricos? Todas essas preocupações e desafios por mim vivenciados frente ao material construído através da pesquisa resumem-se, por assim dizer, na indagação apresentada por Paiva (2007, p. 111): “Como fazer um manejo cuidadoso das narrativas, evitando fetichizá-las com pretensões de objetividade, de exaustividade, de neutralidade?”.

Para além dessas questões desafiadoras e das dimensões assinaladas, “como o manejo das narrativas nos interpela ética e esteticamente?” Paiva (2007, p.114). Como transportar nesse mundo complexo de múltiplas subjetividades — as experiências, o sofrimento, a citação das vozes dos agentes desta pesquisa, suas falas, emoções, dores, pranto, sentimentos, frustrações, paixões, desejos, encantos e desencantos — para uma pesquisa que intenta extrair dessas subjetividades e trajetórias a compreensão do sofrimento psíquico docente, sem esquecer seus contextos?

As narrativas construídas junto aos professores e professoras, como interlocutores principais desta Tese, abordam experiências, trajetórias de docência, queixas e suas histórias

¹⁴⁵ A psicóloga reproduz a fala de alguns gestores escolares, referindo-se aos professores afetados por algum tipo de adoecimento.

de adoecimento inseridas em contexto político, social e econômico, que se articulam entre si. Portanto, procuro analisá-las, atentando para a paisagem sociocultural e estrutural da realidade de trabalho desses professores.

Parto do pressuposto de que para compreender esses relatos de adoecimento é necessário entendê-los não apenas como dimensões subjetivas, mas como “veículos” que expressam múltiplos aspectos relacionados ao universo de trabalho cotidiano na escola, incluindo: suas exigências, ambiguidades, insuficiências e responsabilidades, enquanto instituição socializadora e formadora de projetos humanos, e também política e de agência de biogovernabilidade (FOUCAULT, 2016), portanto, passível de ser fonte de sofrimento e adoecimento para os docentes.

Dessa maneira, na análise e interpretação das narrativas procuro identificar as condições objetivas do trabalho, além das disposições subjetivas que se entrelaçam e se misturam no processo do sofrimento psíquico e, conseqüentemente, no adoecimento do professor, como exprimem suas histórias clínicas. Busco, assim, compreender, através de suas falas, sentidos, sentimentos, desejos, frustrações, silêncios e suas distintas queixas associadas tanto ao trabalho no cotidiano escolar quanto às formas de sofrimento e adoecimento anunciadas, esse mal-estar expresso nas diversas histórias e narrativas ouvidas, tendo como foco a seguinte indagação: em que consiste e como se caracteriza o *pathos* docente?

Assim, das análises e interpretação do conjunto de histórias e relatos dos docentes foram extraídas dimensões temáticas emergentes, como categorias analíticas, que expressavam vivências do cotidiano escolar, representações e indicadoras não somente da realidade do sofrimento e adoecimento do grupo de sujeitos investigado, mas que também podem depor sobre o cenário do trabalho docente no estado do Amapá como um todo. Sahlins (2007), a propósito, propõe que os dados particulares de um grupo social particular possam representar elementos gerais do coletivo investigado.

Dessa forma, as trajetórias e narrativas produzidas através das entrevistas anunciam uma multiplicidade de distintos aspectos das subjetividades docentes e das respectivas realidades socioestruturais de trabalho. Nesse sentido, para facilitar a apresentação e a discussão analítica, apresento, aqui, algumas dimensões que considero centrais e que acredito condensem elementos essenciais e significativos das realidades, das experiências e do sofrimento e adoecimento dos professores entrevistados.

Sendo assim, neste capítulo analítico procuro reconstituir as questões da Tese. Para pensar as relações entre trabalho docente, sofrimento e adoecimento mental discuto as

categorias identificadas nas narrativas das trajetórias e das históricas de adoecimento. Considero como ocorre a captura do docente pela linguagem médica, através do diagnóstico e suas consequências para o sujeito, sua permanência ou afastamento da sala de aula, agenciamentos e negociações para a garantia de direitos trabalhistas.

8.1 Compreendendo a realidade do trabalho e o *pathos* docente

Os eixos temáticos identificados e elencados condensam a experiência de adoecimento dos docentes e orientam as discussões analíticas aqui apresentadas. Para tanto, ressalto que a ordem dos eixos analíticos não se relaciona à tentativa de hierarquizá-los por distintivo de relevância, pois, para a dinamicidade e a frequência com que essas dimensões aparecem e se repetem, nos diferentes relatos, não caberia uma hierarquização.

Discuto, assim, sobre as condições, trajetórias de trabalho e histórias de adoecimento, através de narrativas de professores que atuam no ensino regular, em Macapá, e de docentes atuantes no ensino modular que desenvolvem suas práticas em comunidades rurais do interior do Estado.

8.1.1 Percepções sobre a docência

A profissão docente, não obstante a contínua desvalorização social e os discursos queixosos que os professores referidos fazem dela, continua sendo percebida por alguns deles como uma profissão necessária e relevante para a construção do conhecimento, dos valores éticos e sociais, e para a elevação de vidas humanas e da própria sociedade.

Esse modo de perceber a profissão docente parece ser um motivo relevante para que muitos professores continuem a dedicar-se ao magistério. Grande parte dos entrevistados, embora aponte experiências sofridas, múltiplas queixas e frustrações em suas trajetórias docentes, proferem sentir-se motivados porque ainda mantêm uma visão positiva e acreditam na relevância de sua colaboração profissional para a mudança de qualidade de vida e para a construção de uma sociedade melhor. As narrativas que seguem ilustram essa maneira de pensar a profissão, sob a perspectiva de alguns docentes:

A minha motivação principal é a colaboração com a educação. É [...] imaginar que de alguma forma você pode colaborar com a educação do indivíduo. Colaborar com a mudança da expectativa dele de vida, então, isso é interessante. Eu acho que é uma das grandes paixões do professor é essa [...] colaborar com o outro [...]. Achar que de alguma forma está contribuindo com alguém para o crescimento, para a

formação, então [...]. Ainda escolheria sim, porque eu sou muito idealista, então eu acredito que só dentro dessa profissão você tem contato com o povo e pode transmitir os seus ideais não querendo que a pessoa adquira o seu ideal, mas pelo menos que você divulgue que ainda há necessidade de termos valores, éticos, morais, humanos e dentro das aulas a gente pode levar essa mensagem. Eu continuo acreditando, a minha bandeira eu não quero baixar tão cedo. (Profª. Isabela).

[...] olha me arreentou. Eu me acordava [...] uma vez eu acordei debaixo da cama chorando, com muito medo [...]. Imagina a senhora sendo levada para uma base de polícia e pancada, pancada, atrás de pancadas. (Prof. Roberto).

Já, na visão da psicóloga Inês, técnica que compõe a equipe multidisciplinar da Casa do Professor, a escolha da profissão docente para alguns foi uma maneira mais rápida de obter um trabalho estável. Além desse aspecto, as contradições entre a construção idealizada da profissão e as reais condições de trabalho, a desvalorização da carreira e do prestígio social, a desestruturação da família e a responsabilização pelas despesas financeiras do grupo familiar transformam-se em uma sobrecarga que desaba sobre o docente a ponto de ele não a suportar, diz a psicóloga:

A docência, o que eu percebo assim, alguns deles escolheram a profissão, mas não era o que eles queriam na realidade; a profissão virou uma opção de conseguir um emprego mais rápido de ter uma estabilidade melhor e devido não ser tudo que eles queriam na escolha gera uma frustração muito grande, além da insatisfação com relação às condições de trabalho, é salas superlotadas, a questão da violência na escola é um índice muito grande e fora isso tem as questões profissionais. (Psi. Inês)

Outros criam uma expectativa [...] que eles trazem ou que é atribuída a eles, mas o que mais incomoda o professor é a expectativa que é dada a ele como responsabilidade da educação né? E que ele se vê assim, diante de uma demanda que está desestruturada né? Os alunos estão desestruturados, a família está desestruturada, a escola sem condição e a responsabilidade toda está na mão desse profissional, do professor. Então, a cobrança, a exigência né? Aquela questão de diminuição, o valor da profissão. A não valorização. Essa desvalorização da profissão a cada dia ela vai tomando conta do professor. Ele começa a se questionar: “o que eu estou fazendo? De que adianta eu fazer isso? Até aonde eu vou aguentar?” E esses questionamentos na profissão, eu vejo como uma fonte de sobrecarga né? De sobrecarga. E, eu acredito realmente que isso gere [...] (Psi. Inês).

Eu acredito que é uma das profissões mais estressantes. É uma carga, uma responsabilidade que ele tem muito grande, e uma responsabilidade que não é só dele né? De uma classe inteira, chegar o professor... São 45 alunos e 45 alunos que a maioria não tem acompanhamento em casa né? E o professor tem aquele espaço dele ali, limitado, não tem material. Ele tem que tirar do bolso dele né? Então, é uma sobrecarga muito grande, uma exigência muito grande em cima desse profissional né? Porque o professor ele acaba fazendo isso, ele puxa a responsabilidade pra ele, que é do Estado. A questão do material, a questão da estrutura da escola né? Aí ele começa a bater [...] ou ele compra os recursos, ou ele cruza os braços (Psi. Inês).

Além de tudo, a família e a escola o responsabiliza pelo mau desempenho dos alunos. No caso, os alunos eles vão pra escola, a família joga pra escola com uma expectativa né? E essa responsabilidade ela não é somente da escola, ela tem que ser partilhada né? Tem que ter a contrapartida dos dois, e o professor ele fica como assim [...]. Se o aluno não aprende, a incompetência é do professor, porque ele não é um bom profissional senão ele alfabetizaria todas as turmas né? E eu vejo assim,

essa cobrança que existe do professor. Ele o professor, não pode perder. Ele tem que ter o equilíbrio, mesmo numa turma desequilibrada, desestruturada né? A violência chegando de uma forma absurda dentro da escola. Uso de droga e tudo mais. E o professor tá naquela pressão (Psi. Inês).

Dessa forma, na opinião da “especialista”, a partir da provável insatisfação profissional associada às condições de trabalho e a tantos outros aspectos decorrentes do contexto escolar, surgem as distintas formas de frustração e sofrimento que podem contribuir para o adoecimento dos professores.

8.1.2 Queixas relacionadas à docência

As diferentes formas de entender a profissão docente revelam várias ambiguidades. No mesmo momento em que a própria sociedade considera um ofício necessário e relevante para a construção social, os seus representantes relatam uma multiplicidade de insatisfações com a maneira com que são vistos, tratados e não reconhecidos, em comparação com outras ocupações. Portanto, surge uma tensão entre a relevância da profissão para a construção social e o modo com que os trabalhadores docentes sentem-se efetivamente tratados pelas políticas públicas da educação e valorização da carreira profissional.

Mediante as releituras e análises das entrevistas realizadas elenquei distintas queixas associadas à docência, dentre as quais cito: decepção e frustração com a profissão; luta pelo reconhecimento (HONNETH, 2003); precarização da imagem profissional (BUTLER, 2011); ambiente de trabalho inadequado; rebaixamento da imagem, do prestígio social, da autoridade e do respeito (SENNETT, 2001; 2004); insuficiência de recursos e apoio na prática docente; ausência de suporte adequado no momento do adoecimento.

Em entrevista com uma servidora psi da Casa do Professor, ela me revelou que os docentes chegam a esse dispositivo de atenção psicossocial com inúmeras queixas e estas são associadas às distintas formas de mal-estar e adoecimento:

Tem muitas queixas. Eles dizem que o trabalho é precário. Às vezes, a escola não tem estrutura física. Eles trabalham no calor. Os alunos são indisciplinados. Eles tentam dar aula, mas os alunos, geralmente, não deixam. Não querem aprender, aí ficam conversando. Eles ameaçam os professores. Eu já vi professor sendo ameaçado, né? As exigências do diretor também (Psi Sofia).

Ultimamente nós temos muitos professores SOME em funções de várias situações. O próprio alojamento, a distância, o afastamento da família, dos amigos, do convívio social. E até mesmo como eles colocam que vão pela questão financeira, mas a acessibilidade para chegar ao município, aí chega e não tem espaço para dormir e dormi no chão, um por cima do outro, ou vai dormir para o meio do mato, então,

tudo isso contribui para o adoecimento deles. (Depoimento de assistentes sociais da Casa - entrevista concedida em dezembro de 2013).

Essas queixas se evidenciam nos relatos dos docentes, por exemplo: arrependimento pela excessiva dedicação, gastos de recursos pessoais, falta de valorização, desqualificação e descartabilidade do professor no momento da doença, entre outras.

Depois desse episódio eu me arrependo muito de não ter feito muitas coisas, de ter gasto dinheiro, meu dinheiro, de ter gasto tempo, meu tempo, e assim, tá muito confuso na minha cabeça, tem hora que me dá raiva de ter feito tudo o que eu fiz, de ter me dedicado, e ao mesmo tempo eu não consigo, sabe? (Profa. Juliana)

Falta de reconhecimento e desvalorização social da profissão docente: as narrativas a seguir são depoimentos de especialistas do Psicossocial e dos próprios professores, os quais versam sobre essa queixa tão expressiva que é a falta reconhecimento e valorização do profissional docente, além de outros fatores que afetam a saúde dos docentes:

Eu vejo assim, perpassa pela autoestima. A condição, o sofrimento da condição de trabalho, as insatisfações né? Vão gerando o que? A falta de reconhecimento do profissional né? Ele vai perdendo aquela vontade de trabalhar com prazer. Quando ele entra, ele entra com gás, com desejo de mudança. Quando ele sai da academia, cheio de ideias e se depara com uma realidade que não condiz com tudo que ele estudou, se preparou né? E isso vai o que? Fechando toda aquela expectativa, a autoestima vai se rebaixando e o professor ele vai se anulando. À medida que ele vai se anulando ou ele pensa só no aluno né? Ou, então trabalha, trabalha [...]. Tá, se sentindo que não tá bem, mas não consegue parar pra se olhar né? Então, eu vejo que começa tudo pela autoestima que ele vai perdendo a identidade dela na realidade, nesse processo do trabalho né? (Psi Inês)

O problemático né? Então, outro ponto é a falta de reconhecimento, eu faltei hoje, se eu faltar hoje, ah se o professor não repor aquela aula, vai a falta, ninguém quer saber o que ele teve, ninguém quer saber o que ele teve, se ele não tiver um atestado, ou se ele não repor aquela aula, ele vai levar falta, qualquer outro setor dentro da escola mesmo, não precisa nem sair da escola, dentro da escola mesmo, um supervisor, um secretário, um diretor, se ele faltou, se ele for falar, olha eu faltei porque eu tive dor de cabeça, ele não vai vim em outro horário repor, limpar de novo, fazer os documentos que ele tinha pra fazer, tá entendendo? Então porque que com o professor é assim? Já teve caso de atestado médico e o professor ter que repor a aula, eu já passei por isso. Passei 15 dias, eu tive um problema de vesícula, quando eu voltei, tive que repor as aulas. (Profa. Juliana)

Que há essas questões, a falta, a desvalorização da minha classe, a minha classe é desvalorizada [...] então eu sinto a minha profissão desvalorizada, eu sinto ela desvalorizada pelos governantes, às vezes até por, aqui não, às vezes até por alguns diretores, pais de alunos. Então isso desmotiva e desmotiva muito, um pai não valorizar, às vezes a gente tá fazendo o bem para o filho, chega o pai e diz, “olha professora tá passando uma atividade muito difícil pro meu filho que nem eu entendo”, já aconteceu comigo, e aí a coordenadora chega, “não pai, essa atividade tá dentro do nível do seu filho”, “ah, a professora fez tal coisa, ficou depois do horário com meu filho”, poxa eu quero ajudar teu filho, então tudo isso vai desmotivando, vai desmotivando né? (Profa. Lurdes)

Eu disse pra ele [o diretor da escola]. Puxa! No final de carreira quando mais a gente precisa do apoio. A gente já deu tudo o que tinha que dar para a educação, que a gente precisa de um carinho [...]. Aí no final de carreira vocês fazem isso com a gente. Parece que a gente é papel. Parece papel higiênico que você enrola, usa e joga fora. Foi assim que eu me senti. (Profa. Fátima)

As assistentes sociais são quem primeiro acolhem os professores adoecidos e em sofrimento psíquico, na Casa do Professor, e recepcionam as queixas clínicas iniciais. Elas concordam que essas nominadas queixas de desvalorização, de falta de reconhecimento e de apoio são fundamentais para gerar um estado de desilusão e decepção com a profissão docente, que vai corroendo as subjetividades do docente, que chega ao final da carreira infeliz e adoecido, como sugere o relato a seguir:

Então, eu acho que falta mais esse reconhecimento, de valorização, de apoio que o professor necessita, isso tudo corresponde ao desabafo deles, porque em muitos momentos eles passam a se questionar: “Por que eu estou assim?” “Eu era feliz?” Eu gostava de dar aula, eu gostava de ver meus alunos chegando. Hoje eu não suporto entrar naquela escola, eu não gosto daquelas pessoas, eu não gosto daqueles alunos. Por que eu estou assim? Eles passam aquilo [...]. É uma inversão [...]. Eles estão indo para o processo de aposentadoria, já tem 15, 20 anos de docência e estão indo para a reta final, para se aposentar, deveriam estar felizes e realizados. “Eu formei tantas pessoas, eu trabalhei, eu era bem, eu era feliz, e hoje não”. Há uma desilusão muito grande com a profissão. Isso é que eu posso te garantir, porque eles verbalizam isso pra gente, uma desilusão. Por que, Professor? Por que o senhor diz que não é mais feliz? “A estrutura física não ajuda, o gestor não entende, o aluno é agressivo” então, pensar várias situações que faz com que ele se desiluda e saia. Puxa, eu estudei para isso, para ser professor, para lecionar. Só que hoje eu não tenho mais vontade (Depoimentos de duas assistentes sociais da Casa do Professor, concedidos em entrevista em dezembro de 2013).

A busca de mecanismos de preenchimento de “espaços subjetivos” provocados pela desvalorização, de reconhecimento, autoestima desprestigiada e, principalmente, a solidão, entre outros aspectos afetivos, aparece nas narrativas dos professores, tanto do ensino regular quanto do modular. Marília¹⁴⁶, professora do Modular, diz que as “mulheres do SOME” sofrem menos, talvez pela formação e modo de ser. Já, os homens “não suportam a solidão”, muitas vezes “buscam refúgio na bebida”. Por sua vez, as mulheres buscam preencher esses espaços de outras formas, como ela narra:

Então nós mulheres temos a capacidade, até que pela nossa natureza ou pela formação nossa e familiar, não sei, de a gente suportar a solidão, conseguir se completar com a conversa de uma amiga, se entreter aprendo a fazer um crochê, bordado, a gente consegue, pintando uma unha, fazendo uma trança no cabelo da outra e isso faz o tempo passar numa comunidade longínqua, onde você não tem

¹⁴⁶ A professora Marília, tem 54 anos de idade, é paraense, proveniente de uma família numerosa de 16 irmãos. Migrou para Macapá há mais de 30 anos. É graduada em História pela UNIFAP, professora do GEA há 23 anos, e docente no Modular há 10 anos.

nem uma identificação no lugar onde você está né? Que é um dos grandes traumas é isso. (profa. Marília)

[...] às vezes, que eu estou pra baixo eu vou tomar umas cervejas [...] três, quatro [...] E eu já detectei que tem colegas meus que já fumam mesmo [...] Não só cigarro não [...] maconha, crack [...]. “Pô larga isso, vamos tomar cachaça”. Aí ele puxa a parada dele e eu puxo a minha cerveja [...]. E é mais nesse momento assim com a autoestima baixa, frustrados, pô cheio de problemas... bora tomar umas duas ali [...] aí eu estava indo [...] aí tem momentos em que eu estou bom e eu já não procuro isso mais... entendeu? Eu já fico mais tranquilo. (Prof. Luciano)

Comer, comer, comer, comer [...] Então, quando eu vou pro Módulo, eu volto desse tamanho [Risos]. (Prof. Vicente)

A Professora Marília relata que no Amapá há uma diversidade geográfica e cultural muito grande: “você se espanta em cada lugar que você chega, a forma de se alimentar do povo, de falar, de se organizar socialmente, é algo impressionante”. Para reafirmar a sua fala ela exemplifica:

Por exemplo, eu trabalhei numa comunidade no Lago do Ajuruxi ele é lindo ecologicamente falando, mas muito triste para você passar o dia no lago da Lago do Ajuruxi é algo fantástico, mas para você morar é algo assombroso, o primeiro dia eu me encantei, com o Lago da Ajuruxi, à noite aquelas vitórias régias brotam as flores, as coisas mais linda do mundo, mas no terceiro dia aquilo me deu uma melancolia, a lua batendo o reflexo da lua, você enlouquece. (Profa. Marília)

Esses relatos sugerem que o sofrimento psicológico dos professores, especialmente os do Modular, também pode estar associado aos aspectos geográficos e culturais que exigem contínuas adaptações e modificações de si.

Frustrações na carreira docente: na visão dos docentes ouvidos são muitas as ambiguidades e frustrações na docência, frustrações essas que “adoecem”, como eles relatam:

Adoece porque quem tem princípios, valores éticos e se depara principalmente com essa falta de princípios e valores, causa um conflito interior muito grande, pô eu estou numa sociedade totalmente adversa daquilo que eu espero, as pessoas que eu espero que tenham um procedimento ético, não tem. A falta de humanismo dentro das pessoas que administram a verba pública é muita, a falta de amor ao próximo é notável, é perceptível, num grau exorbitante e isso adoecer quem espera o contrário. (Profa. Isabela).

Fica sempre um gosto de frustração, de revolta, de angústia, de falta de esperança de mudar a realidade, você ver sempre essa novela constante e repetitiva de que o Brasil não vai melhorar porque a educação não oferece excelência, o Brasil não vai melhorar porque os envolvidos no processo dessa melhoria não estão comprometidos, não tem ética, então isso adoecer o professor, aquele que realmente se compromete com a educação de qualidade, com a mudança de postura da população, ele adoecer (Profa. Isabela).

Frustrado. Eu me sinto triste. Eu acho que eu fiz uma péssima opção pra minha vida, porque, nós não temos assim [...] Aquela [...] Como que se dá [...] Assim [...] Por exemplo, a gente [...] Eu acho que a sociedade teria que, por exemplo [...] Dar mais crédito para os professores e parece que eles estão agora [...] Não é mais interessante

para a sociedade [...] Não é interessante para os governantes, não interessa mais para o Estado [...] Nem para a maioria dos alunos também [...] Não tem mais aquele crédito, né? Que o professor tinha. Que na minha época tinha. Eu amo todos os meus professores [...] Eu gosto, mas a profissão não valorizada, nem pelos alunos. (Prof. Paulo).

Frustração e tristeza [...]. É, porque eu vejo que meu trabalho está sendo em vão [...]. Não está sendo correspondido assim [...] Eu estou enganando [...] Eu finjo que ensino e eles fingem que aprendem [...] E eu tenho que passá-los [...] Aí fica meio complicado [...] Assim, não tem responsabilidade, então, isso aí puxa! Saber que aquele cara vai ser um profissional [...]. E que tipo de profissional eu criei? Que monstro? Assim [...] Eu quero, às vezes, conduzir isso para os meus colegas de trabalho, mas eles não se estressam por isso. Esse é sistema. “Ganhe seu dinheiro. Faça como eu [...] Faça o seu trabalho e vá embora”. “Não ligue pra nada! “Não esquite a cabeça”. Eu estou para ter taquicardia dentro da sala de aula [...]. Eles brincam comigo, mas é assim [...] É dolorido! (Prof. Paulo).

Para além do conjunto de queixas relacionadas às frustrações com a profissão, muitos docentes mencionaram os sentimentos de tristeza e de impotência por não poderem ajudar os alunos em suas carreiras, especialmente aqueles alunos que se destacam pelo desempenho e capacidade cognitiva e que poderiam ser ajudados para avançar nos estudos:

A gente se envolve de tal maneira [...] Ah, deixa eu lhe falar dos alunos e das alunas inteligentes, mais alunas do que alunos. Eu tenho um sonho, assim, se o Estado criasse uma casa de intelectualidade pra receber os alunos, brilhante! Porque a gente passa a cena professora, tá lá a mocinha 14 anos, 13 anos, brilhante! Brilhante! No ano que vem ainda tá, ainda, no outro ano talvez porque tem um homem, já parou de estudar porque o marido engravida a menina não vai mais pra escola. Alunas brilhantes, brilhantes! No garimpo da Vila Nova eu tenho duas, a Joana e a Margareth, no Km 142 eu tenho uma, a Fátima, eu até falei pra ela hoje, quando eu digo hoje, me refiro ao último módulo, eu fiz lá, eu disse olha fala pra tua mãe tá? Diz pra ela que eu quero te levar pra Macapá, fala pra tua mãe que tu não vai morar comigo né? Porque é meio suspeito né, um professor pegar uma menina bonita de 14 anos, uma moça né? Vai pra morar como minha filha, na casa da minha ex-mulher, porque tu é muito inteligente. Eu acho injusto te perder. E o futuro vai ser esse, tantas outras que eu já conheci professora, infelizmente. Porque isso não é um problema meu, é um problema do Estado, é ele quem tem que resolver, eu não posso ser romântico, me doar, me matar, eu já tive no interior uma [...]Eu não tenho que morrer por isso, nem meus colegas, a falta de condições, a gente não tem que morrer por isso, nem meus colegas também, então o Estado tem que... Quando a gente vai pedir ajuda, eles riem lá dizendo, ah é o alcoólatra [...] (Prof. Roberto).

Outra queixa também ressaltada é a **sobrecarga física e psíquica de trabalho**: profissionais da Casa do Professor reconhecem a intensa carga de trabalho dos docentes e tentam reduzi-la quando avaliam a ausência de condições dos professores em mantê-la quando adoecem. A psicóloga Sofia afirma:

Tem professores com dez turmas, doze. Aí muitos pedem para reduzir a carga horária. Aí a gente tenta fazer essa redução por um tempo, né? Tem professor que todos os dias dar aula [...]. Tem outros que trabalham de segunda a quarta e sexta, porque, tem muitos que pegam vamos dizer segunda-feira quatro turmas, quarta-feira quatro ou cinco turmas [...]. E mais os sábados letivos, né? Os sábados letivos

também. A carga horária é grande, porque também depende da matéria. Dizem que português é a mais alta a carga horária.

A Psicóloga Inês expõe mais detalhadamente a carga de trabalho dos professores, quantidade de turmas e número de alunos por turmas, nas escolas amapaenses:

O limite máximo deles são 24 horas de aulas e tem período que principalmente língua portuguesa e matemática geralmente eles têm 20, 22 e 24 horas. [...] De acordo com a disciplina. As disciplinas de geografia, história, filosofia eles tendem a ter a 11 e a 12 turmas, aí matemática, língua portuguesa eles pegam de 4 a 5 turmas, mas aí em compensação né, são todo dia 5 aulas. [...]. De nível médio, pelo menos os professores trazem é de 40, 50 alunos. São salas superlotadas.

Os professores alfabetizadores queixam-se de dormirem pouco e de muito cansaço, devido à carga excessiva de trabalho que levam para casa. Eles mesmos produzem os materiais didáticos para facilitar o aprendizado dos alunos:

Eu, desde quando eu estava alfabetizando, que eu estava fazendo a faculdade, então eu trabalhava dois horários com a alfabetização porque era de manhã eu dava aula normal, à tarde eu trazia os alunos que estavam com problemas de aprendizagem, com déficit e tudo, de lá eu saía para a faculdade. Eu chegava 11:30, meia noite em casa, acordava 4:30 da manhã para preparar a atividade que eu ia fazer no outro dia. Dormia pouco. Porque alfabetização você tem que trabalhar com prática, não tem jeito. Aí fazer todo aquele material para você trabalhar. Planejar sua aula, não tem jeito. E o que acontece? Eu me acostumei com isso, até hoje, mesmo eu estando fora da sala de aula, eu acordo 4 ou 5h da manhã para corrigir trabalho, para elaborar alguma coisa, para pesquisar. (Profa. Juliana)

Assim, voltar tudo aquilo que fazia, porque a sala de aula, não tem uma quantidade certa pra gente trabalhar com aluno, o que me fez me cansar, não sei, a ter pânico da sala de aula, era muito trabalho, eu desenvolvia muitos trabalhos, era trabalhos que eu queira, trabalhos variados, não era pressão de ninguém, era eu trazer o meu melhor para o meu aluno, então eu dormia tarde, três, quatro horas da manhã, tinha que acordar cedo para trabalhar, tinha três tipos de clientela ali na sala de aula que fazia com que eu tivesse três tipos de atividade pra passar, escrevia atividades pra casa no punho, né? Como eu já havia falado. Então aquela questão de ter um aluno letrado, alfabetizado, que tivesse preparado próxima série. Então tudo isso me causava ansiedade, me causava ansiedade ao ponto de eu chorar, entendeu? (Profa. Lurdes)

Corrigia caderneta [...] aí vem a Provinha Brasil, aí vem o que? Aí já vem a coordenação pedagógica fazendo pressão, “não esse aluno vai fazer a provinha Brasil e ainda não tá lendo, não, não” aí tem o reforço em que termina a aula 12:40 e a gente fica com esse aluno até 13:40 e tá cansado o professor e tá cansado o aluno, mas mesmo assim, eu inventava joguinhos pra não cansar pra eles não escreverem, joguinhos, aqueles quebra-cabeças e tudo feito manualmente, eu fazendo manual, às vezes eu trazia pra eles fazerem, eu ia no supermercado Fortaleza e tirava fotos de jogos, de como fazer jogos educativos que eu não podia comprar pra eu fazer pra eles né? Eu fazia muito, por isso que eu dormia tarde. [...]. Então tudo isso eu acho que foi assim, acarretando, foi acarretando. Foi eu penso que dezoito anos alfabetizando. (Profa. Lurdes)

A autorresponsabilização e cobranças excessivas em busca da eficácia e do alto desempenho, como referem Ehrenberg (2010) e Han (2015) sobre a cultura do alto desempenho e a sociedade do cansaço, que, na visão de Gaulejac (2007, p. 27), podem conduzir a múltiplos processos contraditórios entre si:

Em nome do desempenho, da qualidade, da eficácia, da competição e da mobilidade, construímos um mundo novo. Uma sociedade global marcada por um desenvolvimento paradoxal, na qual a riqueza e a pobreza aumentam, assim, como o conhecimento e a ignorância, a criação e a destruição, o bem-estar e o sofrimento, a proteção e a insegurança.

Os relatos a seguir são um exemplo concreto das análises desses autores sobre a excessiva carga de trabalho e adoecimento:

Eu me culpava de não consegui fazer o aluno ler, embora na outra série, a professora dizia, olha, já tá começando a ler, mas aí eu atribuí o esforço dela e não o meu, embora ele já tivesse conhecido muitas coisas comigo entendeu? Porque eu sou muito, assim, eu me olho muito, eu me crítico muito, eu exijo muito de mim, eu exijo. Eu digo, a minha responsabilidade não é com diretora, com a orientadora, supervisora, a minha responsabilidade é com as crianças e com os pais. (Profa. Lurdes)

Outro ponto, principalmente quando eu era professora de português, levava as redações para casa [...]. Você vai pra casa, você vai ler, aí você vai ver que não está de acordo com aquilo que você tá esperando, aí você vai se preocupar, aí você vai ficar pensando no que fazer para melhorar, vai se preocupar com o aluno que não está vindo, porque não está vindo, tu chamas o pai, o pai te diz assim, “eu não aguento mais”, tem pai que já chegou comigo e disse assim: “eu só estou esperando ela fazer 18 anos para ele sair de casa”, e sabe quantos anos ela tinha? 11 anos (Profa. Marlene)

As considerações da professora Fátima parecem se afinar muito bem com o conteúdo exposto nas narrativas acima: “o professor tem que se virar nos trinta, sem preparação para trabalhar esses alunos, resulta em stress para o professor” (Profa. Fátima).

8.1.3. Conflitos e queixas associadas à gestão

Nas narrativas docentes estão presentes diferentes e constantes queixas referidas à gestão escolar, dirigidas principalmente aos diretores escolares, mas também aos coordenadores pedagógicos que compõem a equipe técnica da escola. As queixas mais frequentes são sobre as ameaças de “devolução” dos professores quando ficam doentes, preconizando uma descartabilidade do professor; os professores afirmam que muitos diretores

assumem uma postura de não credibilidade no adoecimento; alguns veem a doença como preguiça.

Junto a essas reclamações existem as interferências político-partidárias. No Amapá, o cargo de diretor escolar, na maioria das escolas, ainda é instituído por nomeação política. Na percepção dos docentes, os gestores, na intenção de “mostrar serviço”, fazem cobranças excessivas dos professores, até mesmo daqueles que são deslocados da sala de aula para as salas ambientes. Os professores adoecidos devem exibir sua produção através da elaboração e participação em projetos da escola. Isso é observado por uma profissional da psicologia que atua na Casa do Professor:

Eu vejo mais a partidária. Eles (os professores) falam que, “Ah, esse diretor que entrou agora... Esse governo está exigindo muito e tal”, entendeu? De determinado governo [...]. Ele está exigindo muito que a gente trabalhe e não sei o que [...]. Só que aí muda de diretor, aí vem outro diretor para exigir também, porque, o diretor tem que mostrar serviço. Para se manter naquele cargo ele tem que mostrar trabalho, então, ele acaba exigindo do professor. (Psi Sofia).

Olha, eu atendi uma professora que disse assim [...] Ela estava na sala de leitura, e na sala de leitura estão várias [...]. Vários professores que estão doentes vão pra lá ou então para a biblioteca. Aí o diretor começou: “olha, determinado projeto. Vamos implantar”, aí eles começaram a exigir. “Criem vários projetos”, “Olha, temos que fazer vários projetos”. “Implantar e pronto e, eu não estou dando conta”, porque são vários “e, eu estou na sala de leitura e estou doente, e tenho que dar conta desses projetos, né?” Não sei se é por causa das datas também, porque dia do índio tem determinado projeto, aí dia das mães [...] (Psi Sofia).

Em suas análises a respeito do poder gerencialista da gestão, Goulejac (2007, p.100-101) afirma:

os instrumentos de gestão não são neutros [...]. Eles são construídos sobre pressupostos raramente explicitados, seguem lógicas implícitas que se impõem por meio de regras, de procedimentos, de *ratios* e de indicadores que se aplicam sem que haja possibilidade de discutir sua pertinência. As direções da empresa se referem constantemente a esses instrumentos para legitimar suas decisões e torná-las indiscutíveis, como se a racionalidade aparente de que são portadores ocultasse a própria decisão.

A psi Inês acrescenta que atitudes arbitrárias de gestores escolares podem ser fortes durante a mudança de governo, e podem tornar-se uma verdadeira “caça às bruxas”, gerando maior insegurança nos professores, principalmente naqueles que estão fora da sala aula, pois, geralmente é realizado um mapeamento para averiguar onde o professor está atuando, como Inês relata:

Mudança de governo sempre gera essa insegurança, principalmente para o professor que tá fora de sala de aula. É como se fosse tipo um favor. Entendeu? O gestor coloca como se fosse um favor e não um direito que o professor tem. É garantido,

porque ele não tá ali de graça. Ele tá amparado legalmente, mas ele recebe como se fosse um favor. Aí quando há mudança há aquela caça às bruxas. Quem tá fora de sala? Por que tá fora de sala? Aí é feito aquele levantamento [...]. Então, isso mexe com a estrutura do servidor.

Esse ato é ambíguo, porque a maior parte dos gestores escolares são professores efetivos nomeados. Alguns deles, quando exercem essa função, tornam-se “carrascos” na visão da docente Lurdes: “[...] colegas que são professores e se tornam diretores, se tornam carrascos, e aí vai juntando”. E Fátima acrescenta:

Bom, eu amo a minha profissão. Eu vou usar essa palavra “eu já amei muito a minha profissão”, já trabalhei com toda a garra, com todo o gás, vontade, mas agora no finalzinho, devido tantos problemas, também a qualidade de diretores que estão indo para a escola. Eles estão deixando muito a desejar. Eles estão indo não para trabalhar, mas para manipular, humilhar, perturbar, pra deixar o professor mais doente do que ele já é, então, isso de uns cinco anos pra cá tem me deixado muito angustiada. (Profa. Fátima)

Estou em sala de aula. Aí a senhora já coloca um ponto aí [...] tem diretor aí que persegue professor que está fazendo tratamento e acha que está doido! A minha diretora me perseguiu [...] me tirou da sala de aula, se não fosse a minha psicóloga que fez um documento dizendo que eu gosto da sala de aula. Ele queria me tirar da sala de aula dizendo que eu estava doido. Doido eu estou com ele, porque ela não presta conta! Fica roubando dinheiro público. Persegue! Persegue a agente! (Prof. Luciano)

Aí eu disse pra ele (ao diretor) você acabou com a minha profissão. Eu trabalhei tanto, me dediquei tanto à educação e no finalzinho. No momento em que eu mais precisei você acabou comigo. Acabou de tal jeito que eu não sei como reverter essa situação, em relação a minha autoestima. (Profa. Fátima)

A pressão da gestão pode ser maior com os professores que têm contrato temporário e com os que estão em estágio probatório, de acordo a percepção do professor Luciano:

Conforme a escolaridade a pressão diminui, mas se for contrato “fudeu” vai ter pressão lá de cima [...]. Agora nós professores ali já é o inverso [...] Ah tá [...] Os “novatinhos” que chegaram agora e estão no estágio probatório a pressão é grande [...] e lá mesmo ela fala: “Vocês sabem que, vocês que estão chegando agora não podem aderir à greve. A greve é uma suspensão temporária do teu exercício de docência... se tu suspendes tuas atividades de docência não tem porque na tua avaliação tu ser avaliado por um período que tu não trabalhaste e sim estava na greve, então, tu não podes ser punido, porque tu fizeste greve [...]”. (Prof. Luciano).

Queixas referidas às atitudes da direção e à supervisão escolar: na visão de alguns professores, os pedagogos que atuam na coordenação escolar não lhes fornecem o suporte necessário para a superação dos desafios e dificuldades escolares do cotidiano. Esses aspectos, e muitas vezes as atitudes de alguns gestores, em suas maneiras de entender, contribuem para intensificar o mal-estar docente:

O que afeta é que nós somos reféns, né! Porque acontecem as coisas e ninguém pra sair a nossa defesa. Acontece [...] e detalhe [...] aconteceu outra coisa mais [...]. Até hoje eu fico assim olhando [...] juntou! Eu não suporto pedagogo. Eu tenho ódio, pavor, trauma dessa classe de gente horrível, mas tem uma pedagoga que eu amo na minha vida. Trabalhou com a gente nessa escola aqui. Essa sim! O moleque aprontou chama o pai. Essa faz tudo pra defender a gente. Dessa pedagoga eu gosto, mas todas que já passaram na minha vida eu não as suporto, porque, pedagogo, na minha concepção [...]. Eu posso estar errado, mas não sabe que uma coisa que o pedagogo deveria fazer é estudar metodologias para facilitar a nossa vida. A didática! Como fazer com que o aluno aprenda e a única coisa que o pedagogo não faz é isso [...] que atrapalha a nossa vida lá, que nos perseguem que fazem tudo isso [...]. (Prof. Luciano)

Uma diretora que chegou à escola [...]. Ela chegou impondo, derramando o caldeirão em cima da gente [...] todo mundo ficou com medo, mas eu falei. Eu disse assim: eu quero saber o que você trouxe de novo pra nós e para a escola, porque todos os que vêm cobram [...] cobram não [...] pegam um caldeirão de água quente e jogam na gente [...] e salve-se quem puder [...] quem puder se defender, se defende. O que você trouxe de bom? Aí ela ficou me olhando [...] e disse: “não eu vim buscar [...]” Eu disse: “não, tem que trazer algo e não só pegar aqui com a gente. A gente também espera o novo aqui, então, eu não quero que chegue aqui a mesma coisa [...]” O diretor chega e diz: “Ah! Porque eu quero isso [...] isso e pronto! Não! Nós somos [...]. Aqui você chega pra somar... nós estamos aqui pra trabalhar juntos”. (Prof. Fátima)

E que mal-estar está mais relacionado às atitudes da direção e da supervisão escolar. Da direção. Da supervisão da escola. É [...] e não tive apoio. É [...] eles me cobravam uma coisa que eu não podia fazer no momento. De todo assim [...] uma equipe [...] de quem eu fui buscar ajuda e foram os que mais detonaram. Isso me decepcionou muito. Muito mesmo. Isso está ainda assim na minha garganta de atravessado. Eu ainda não consegui engolir. (Prof. Fátima)

A doença como preguiça: além dessas atitudes citadas, vários professores e professoras entrevistados disseram que a doença é considerada preguiça por alguns gestores. Essa maneira de posicionar-se dos gestores escolares desqualifica tanto os docentes quanto a doença e provocam, nos professores, significativas formas de insatisfação e de reflexão sobre o valor da dedicação às suas escolas e alunos durante a vida laborativa, fazendo-os sentir que “jogaram a vida fora”.

O diretor considera que o professor é um preguiçoso quando ele falta, o professor quando não está na sala de aula, é porque ele é preguiçoso, é porque ele não quer exercer a profissão, é isso que todo mundo pensa, é isso que eu sinto. Dele que diz que foi uma determinação da SEED verificar todos os professores do Estado, pra não deixar ninguém fora da sala, que seja do Estado. Então ninguém vê. (Prof. Juliana)

Ah, aí vão ter algumas visões como diretor assim. O que é que a gente ouvia? “Quer ficar encostado, ele tá inventando, isso não existe”. Outros diretores entendem: “não, o colega precisa de tratamento, a gente percebe que o colega não era assim”. Então vai muito, também, da postura do próprio gestor. (Prof. Vicente)

Porque a doença mental, na realidade o transtorno mental ainda não é levado a sério o sofrimento do outro, porque não está na pele e não se vê, não tem como medir, nem mensurar o sofrimento do outro. Às vezes, se pensa que é pra chamar atenção e

outras coisinhas. O que eu percebo ou é aquela superproteção ou então quer fazer charme, não levam a sério a doença da pessoa. Têm esses dois termos. (Psi Inês)

Foi uma coisa que marcou muito a minha vida, esse final de carreira assim, porque eu já tenho vinte e seis anos de sala de aula, tenho idade para me aposentar, mas não queria me aposentar, eu queria ficar trabalhando, mas não em sala de aula mais, mas assim, os fatos que aconteceram na escola com aquele diretor acabaram comigo, assim, me destruiu, sabe? Me senti um papel machucado e jogado fora e isso não me fez bem, eu tenho que ainda trabalhar muito para eu esquecer isso aí, mas marca, quer queira, quer não, marca a gente. (Profa. Fátima)

As narrativas citadas evocam as reflexões de Ehrenberg (2010) sobre a doença como gestão social; de (HAN, 2015, pp. 46-47) quando afirma: “a sociedade do trabalho e a sociedade do desempenho não são uma sociedade livre. Estas geram novas coerções”.

8.1.4 A perda do sentido de ser professor: “Quando ele desbota, perde o encanto pela profissão”.

A perda do sentido, do gosto e do prazer de ser professor são aspectos bastante citados pelos professores entrevistados. Segundo as percepções da Psi Inês, há uma atribuição de grande responsabilização à classe docente no país. O professor ainda é visto como o “salvador da pátria” ou eles mesmos fazem da profissão “um sacerdócio”, e isso pode sobrecarregá-los, a ponto de eles esmaecerem.

Aí que eu vejo assim, os dois pesos, duas medidas. Eu acho que a nossa situação do nosso país, de modo geral é querer atribuir sempre um culpado e um salvador da pátria. E isso não existe nem um e nem outro né? Deve existir corresponsabilidade. É eu vejo assim, a classe de professores é uma classe que ela tem um poder e desconhece o seu real poder. O professor é um transformador né? E quando ele desbota, perde o encanto pela profissão aí eu não vejo saída, sentido assim de você tentar resgatar né? [...]. E ainda tem professores que fazem da profissão um sacerdócio [...]. A profissão eu vejo assim, o professor como profissional não é mais sacerdócio. (Psi Inês).

Segundo Esteve (1999, p. 25), existe uma tensão na profissão docente desenvolvida por diversos fatores oriundos da condição particular desse trabalho, entre os quais “os efeitos permanentes de caráter negativo que afetam a personalidade do professor como resultado das condições psicológicas e sociais em que se exerce a docência”. Nas narrativas coletadas na presente investigação, é possível constatar que professores que adoecem e são afastados da sala de aula apresentam dificuldade de retorno. Para alguns deles, o retorno às atividades habituais da docência em sala aula se torna impossível e até mesmo por motivo de rejeição psicológica, ou pelo medo de retroceder no processo de tratamento.

É importante salientar que esse estado de recusa da sala de aula ocorre mais frequentemente com aqueles(as) professores e professoras que demonstraram, em sua trajetória de docência, dedicação e entrega pessoal intensa à profissão. Professoras que se declaravam amantes da profissão hoje não toleram mais pensar em retornar à sala de aula. Algumas revelam a perda do gosto, têm medo, pavor e até mesmo pânico e “abuso” da sala de aula, como se pode perceber nas narrativas a seguir:

Assim, eu estou com pânico, eu tenho pânico de sala de aula, eu ainda sinto pânico de sala de aula. (Profa. Lurdes)

Eu nem sei te dizer [...] é um aperto no peito [...] uma agonia [...] eu não gosto nem que falem em sala de aula, em problema de aluno [...] eu já criei abuso, sabe? Do meu trabalho. Eu disse assim: Eu não sei o que é que posso fazer. (Profa. Fátima)

[...] eu não tenho mais prazer nenhum, como professor. Pois é. É isso aí, que nada que você fale, que você planeja, que você quer fazer, a escola não te dá condições. (Prof. Paulo)

Eu digo “ah, não!” Isso pra mim já basta. E, eu não quero, eu te juro que eu não quero mais ir pra sala de aula. Eu não tenho mais nem como voltar para uma sala de aula. (Profa. Fátima)

Eu doava a minha alma para a educação. Eu sempre dizia isso. Sempre fui uma professora pontual. Era difícil eu faltar [...]. Eu só faltava quando meus filhos estavam doentes. Até doente eu fui trabalhar. E aí no momento em que eu me vi sozinha. Tipo assim [...] Entre aspas [...] A gente se sente só [...] buscando apoio, buscando respostas [...] E as pessoas que tu mais precisavas no momento te viram as costas, então, isso me fez criar um abuso da minha própria profissão, sabe? Eu disse: Eu não quero mais ser professora! Eu quero fazer outras coisas na minha vida, menos ser professora. (Profa. Fátima)

Eu não tenho vontade mais [...] se referente a isso eu não quero nem saber. Nada! Isso, que nada a ver [...]. Eu não quero nada que seja com relação à educação. Eu não quero mais. Eu não quero. Eu estou decepcionada. Eu não sinto vontade. Com tudo. Tudo que tu possas imaginar de ruim que pode me afetar [...]. É tudo o que eu sinto. (Profa. Fátima)

Quando alguém do condomínio, diz assim, “Lurdes, tu podes até da aula particular”, “não me fala disso, eu não quero ensinar ninguém, eu não quero mais sentar, mais fazer isso, eu não quero, eu não quero, me dá uma aflição”. (Profa. Lurdes)

Com base nessas narrativas, questiono-me: o que pode levar professores dedicados aos alunos e ao trabalho chegarem a esse nível de recusa ao ambiente da sala de aula, local de consagração da identidade docente? Essa indagação leva-me a pensar em Birman (2012, p. 72), quando diz que “o estresse está no centro do mal-estar atual, produzindo sintomas psicossomáticos”.

E, além dessas formas sintomáticas, o autor evoca a *síndrome de fadiga crônica*, mediante a qual os indivíduos se “referem à presença de um cansaço absoluto que se manifesta pela ausência de impulso vital e pela imobilidade corporal”. Concernente ao que a

psi Inês, especialista que atua no atendimento aos docentes, observa, é que além do cansaço mencionado, há uma incidência maior de quadros depressivos, reafirmando o que foi evidenciado no mapeamento apresentado:

A incidência maior é a queixa tá relacionado ao quadro depressivo. A depressão sempre tá em primeiro lugar e a questão que os servidores quando chegam, eles já chegam num quadro que a depressão já está paralisando a vida dele, interferindo na vida pessoal e profissional. Quando eles chegam até aqui é porque já está num estado bem avançado. Além da depressão. A depressão é primeiro lugar. Aí nós temos a questão do pânico, transtorno bipolar, bipolaridade e casos raros é aquela Síndrome de *Burnout* que é relacionado à profissão, à perda pelo interesse da profissão.

A recusa para retornar à sala de aula parece envolver outros fatores, além do cansaço e da sintomatologia anunciada. Um dos transtornos bastante comum que acomete os professores é a síndrome do pânico¹⁴⁷ e suas variações, como foi referido pela psi Inês. Sobre essa modalidade de adoecimento, Birman (2012) chama a atenção, quando afirma que esse tipo de mal-estar é próprio da contemporaneidade.

Nessa síndrome, os sujeitos se queixam de uma angústia iminente de morte que as paralisa, tornando-os incapazes de reação, durante a crise. Além de sintomas como a dispnéia, a taquicardia, aumento da pressão arterial, sudorese e angústia. Nesse contexto, o fantasma da morte se impõe como uma certeza iminente. (BIRMAN, 2012, p. 73).

Na expressão das **representações subjetivas a respeito do sofrimento** vivenciado durante o processo de adoecimento, os professores mencionam sentimentos e percepções que me remetem ao que Birman (2012, p. 123) explora sobre a noção de “(des) possessão de si”, “fadiga de si”, “esvaziamento da subjetividade”, “esvaziamento do jeito de ser do sujeito” e do mal-estar na contemporaneidade, como se pode atestar nas falas a seguir:

É uma tristeza muito grande, é um sentimento de bloqueio, de certa derrota, sabe? (Prof. Tobias).

Olha eu percebo assim, como um, não, não digo fracasso, mas foi um [...] Assim eu [...] como se uma parte de mim não vai mais voltar. Uma parte de mim não vai mais voltar. Assim, eu era mais forte, era mais forte, mais determinada, sem medo, eu não tinha assim, o medo, a gente sempre tem, mas o medo de enfrentar certas coisas, às vezes quando eu tinha que falar em reuniões, eu não tremia, agora eu já tremo, a minha letra já não é mais a mesma, sai uma letra tremida, qualquer circunstância que

¹⁴⁷ A síndrome do pânico é desencadeada frequentemente em situações sociais nas quais os sujeitos supõem que serão avaliados. O olhar do outro ocupa então toda a cena psíquica do sujeito, como um intruso que o invade e o perfura com suas exigências, diante das quais ele se sente impotente e sem os instrumentos capazes de responder àquelas demandas. A espacialização domina inteiramente a experiência subjetiva em pauta, produzindo um curto-circuito nos processos e temporalização da dita experiência e conduzindo o sujeito ao colapso psíquico e a certeza da morte súbita (BIRMAN, 2012, p. 73).

venha me afetar eu fico com os meus nervos à flor da pele, de uma tal forma que aí, eu choro. O que eu me vejo, chorando, chorando, chorando, chorando de virar uma dor de cabeça, de se eu tiver comido alguma coisa, eu vomito, eu fico prostrada né? (Profa. Lurdes).

Eu nem sei te dizer [...] é um aperto no peito [...] uma agonia [...] eu não gosto nem que falem em sala de aula, em problema de aluno [...] eu já criei abuso, sabe? Do meu trabalho. Eu disse assim: Eu não sei o que é que posso fazer. [...]. Fui mudando [...] eu não queria mais participar de nada. Você não sente vontade para nada. [...] Eu não tinha vontade pra nada [...] eu não saia [...] Eu não ia cortar o cabelo [...] Eu não me preocupava com nada... Eu saia de qualquer jeito [...] Eu não arrumava meu quarto, se você entrasse no meu quarto era um quarto de doido mesmo. Eu não arrumava nada, nada mesmo! Quando percebi que estava doente, eu acho que uns sete meses mais ou menos. Que eu vim assim perceber em mim mesmo. Já vinha acontecendo. Tudo... isolamento social, tristeza, pensamentos negativos, medo [...] a ponto de não controlar [...]. Eu sempre costume dizer que a depressão é um tipo de câncer, e quanto mais grave (Profa. Fátima).

O adoecimento do professor na verdade, é tudo história trágica, de existência, quase todos, não podemos generalizar, mas se a gente for fazer um estudo, 80% dos professores tiveram uma vida privada, vieram de classes baixas, galgaram com muito esforço, essa profissão e tem os preconceitos em cima dessa profissão. Hoje professor é como se fosse aquele incapaz de ter outra profissão mais elevada. É como se fosse o que me coube dentro do mercado de trabalho” (Profa. Emanuela).

As manifestações do adoecimento e do mal-estar, como foi exposto no capítulo referente ao mapeamento dos tipos de diagnósticos, ocorrem sob distintas formas, conforme se percebe no trecho a seguir:

Tristeza. A tristeza, o desanimo, vontade de não fazer nada [...] Só ficava deitada [...] A casa suja, o bebê sujo. Eu não alimentava [...] meu filho ficou bem magrinho. Fui chamada três vezes a escola dele, porque, ele não conseguia produzir nada [...] Porque de alguma forma todas as brigas e experiências que ele viveu foram também bem dramáticas para ele, então, esse acúmulo de negligências que eu fui desenvolvendo [...] não conseguia focar em nada [...] produzir [...] intelectualmente fiquei improdutiva [...] ainda estou lutando para tentar resgatar a minha vontade de produzir, [...], o prejuízo intelectual e psíquico foi muito grande! Então, eu sei que todo e qualquer problema psíquico demora bastante pra você [...] [risos] Às vezes, é irreversível, né? Você luta, luta [...] e não consegue! Você se sente mais frustrada. (Profa. Isabela).

A maneira com que a professora expõe o seu sofrimento me remete às variadas formas de expressão do mal-estar referenciadas pelos demais docentes, em suas queixas clínicas e histórias apresentadas no capítulo anterior, dentre as quais a sensação de vazio: “você se sente vazio e você não encontra resposta pra nada” (Profa. Fátima). O vazio, na concepção de Birman (2012, p. 121), é o “signo por excelência da depressão na contemporaneidade”. Freud, em o *Mal-estar da civilização*, faz uma afirmação pertinente a esse propósito:

Se a vida não tiver finalidade, perderá qualquer valor [...]. O que leva a própria conduta dos homens acerca da finalidade e intenção de sua vida, o que pedem eles da vida e desejam nela alcançar? É difícil não acertar a resposta: eles buscam a

felicidade, querem se tornar e permanecer felizes [...]. Este princípio domina o desempenho do aparelho psíquico. (FREUD, 2010, p. 30)

Assim, as palavras de Freud me ajudam a pensar não somente na manifestação das queixas que comportam o sofrimento docente, mas também nas solicitações implícitas e explícitas apresentadas, a luta pelo reconhecimento, respeito e valorização como formas de composição para o máximo valor da vida humana, isto é, conforme Freud, a felicidade.

8.1.5 O poder do diagnóstico na legitimação

A classificação diagnóstica dos critérios oficiais (CID-10 e DMS-IV) exerce uma função com sentidos ambíguos para os docentes, pois são capturados pela racionalidade médica a partir das diferentes modalidades diagnósticas. Os professores legitimam o seu adoecimento através dessas nomeações oficiais da doença para garantirem seus direitos administrativos, por meio de atestados ou de laudos médicos. Assim, por exemplo, há a licença médica, gerando o afastamento da sala de aula, que respalda o docente frente aos gestores escolares e à própria Secretaria de Educação, como órgão gestor maior na hierarquização de poderes, para a qual os docentes devam enviar os documentos para oficializar a doença e o direito ao afastamento, como confirma a psi Inês:

A Secretaria ela quer que o professor esteja respaldado né? Através do que? Dos documentos, do relatório psicológico, do atestado psiquiátrico né? Da avaliação diagnóstica e juntando essas documentações é que é aceita dentro da Secretaria de Educação né?

Os laudos e atestados médicos potencializam os professores frente aos dispositivos de controle, como se percebe nessa fala: “É bom que hoje eu tenho dois laudos que diz que não é pra eu voltar [para a sala de aula]” (Profa. Juliana). Com a posse desses documentos os professores sentem-se protegidos para assegurar direitos e se posicionarem frente à gestão escolar, com a qual geralmente alguns professores vivenciam situações de conflito e desqualificação do adoecimento pessoal.

A nomeação da doença através da avaliação diagnóstica é necessária. Observa-se que deixar-se capturar pela racionalidade médica no campo dos transtornos mentais comporta, para alguns professores, certas dificuldades. Inicialmente, eles tendem a silenciar o desconforto subjetivo, (in)visibilizar os sintomas ou ainda sufocá-los, considerando-os apenas “cansaço normal” das atividades cotidianas. Essa relação com as classificações diagnósticas é

uma moeda de troca – poder importante, ao mesmo tempo em que produz um silenciamento da dimensão do sofrimento (DEJOURS, 1991).

Essa “resistência” em buscar ajuda e aderir ao tratamento é identificado pelos profissionais da Casa do Professor. Diante disso eles ajudam e orientam os familiares dos docentes para que seja dado o suporte emocional necessário no momento inicial do tratamento, como relata a psicóloga Sofia:

No início há resistência. Tem uma resistência, porque, não conhece. Não sabem um pouco desse adoecimento, né? Então, eles chegam com aquela estória “ah, tá louco” “isso é frescura” “ele não quer trabalhar”, entendeu? Aí a gente começa a mostrar para o parente desse professor que ele realmente está doente, que tem uma depressão, e tenta mostrar as consequências, e, as responsabilidades que a família tem que assumir diante dessa situação. Porque, o servidor quando ele adoce ele tem que tomar a medicação, tem que ir para a Junta Médica, tem que ir a vários lugares. E, ele geralmente vem sozinho, então, fica muito difícil dele se deslocar. Eu sempre peço que a família tome essa responsabilidade por um período que é importante, “olha acompanhe com o professor na Junta Médica! Olha a medicação! Entendeu? Eu sempre oriento. Então, a família tem que tomar essa responsabilidade também. (Psi. Sofia)

Assim, a família do professor também é chamada a participar do processo de acompanhamento clínico, no sentido de se colocar ao lado do docente para lhe assegurar maior segurança e assiduidade ao tratamento ofertado. Considerando as condições de adoecimento quando os docentes chegam à Casa, na percepção do serviço especializado, e os fatores que se conjugam para esse mal-estar, incluem-se também as dimensões associadas ao contexto familiar, como expõem as minhas interlocutoras da psicologia:

Quando eles chegam aqui. Eles já chegam doente, né? E além desses conflitos na escola, eles mostram também conflitos em casa, porque, esses dois ambientes sempre estão interligados. E, em casa sempre tem conflito com os filhos, aí muitas vezes a família não entende que o professor está doente, não entende o que é uma depressão, uma esquizofrenia, um transtorno do pânico, e fica exigindo do professor. Aí o que acontece? A gente chama [...], eu procuro sempre chamar os filhos. Os filhos, né? E a gente tenta conversar, só que aqui a gente não pode fazer esse atendimento por muito tempo. Ao professor sim a gente tem que fazer o atendimento contínuo, só que a família fica um pouco difícil de fazer esse atendimento contínuo, entendeu? Então, eu geralmente marco uns quatro ou cinco atendimentos, dependendo do caso, também, entendeu? Aí eu vou acompanhando os filhos e o servidor doente. Entendeu? (Psi Sofia)

A gente quando há necessidade quando você vê que o adoecimento do professor está afetando diretamente a família e de que forma essa família pode contribuir. Que a gente sabe que é de forma assim fundamental, esse elo familiar, afetividade, perto dos familiares e sabe que quando a pessoa adoce esse sofrimento ele passa pra família. Pelo menos, o meu procedimento é chamar, quando eu vejo, por exemplo, que não está havendo evolução nesse servidor, não tá havendo progresso aí eu faço a investigação pelo meio da família. E chamo esposo, filhos, e a gente não faz aquele atendimento pra família de modo geral. Já teve casos assim: de você vê o estado do servidor e de que forma que essa família é atingida, de uma forma bem [...] eu já

cheguei atender alguns familiares, direcionados devido à situação da família. Eu já atendi alguns familiares paralelos. (Psi Inês)

Sobre a composição dos possíveis fatores que podem concorrer para o adoecimento docente, na perspectiva da especialista da Casa, pode ser uma somatória de demandas do trabalho e/ou dificuldades de lidar com e conciliar as demandas cotidianas do convívio familiar:

É [...] assim, o que eu já percebi que o professor adocece por vários fatores, né? Que é o conflito dentro da escola. Ele tem que exercer várias funções dentro da escola, e também fora da escola com a família dele, que ele também tem família, né? Então, ele acaba adoecendo por vários motivos. Aí dentro da escola ele tem que dar conta de várias funções, porque, antigamente era mais fácil. Não tinha tantas funções, mas como a sociedade está mudando. Hoje ele já tem várias funções. Ele tem que cuidar do outro, ele tem que cuidar do filho dele, ainda tem que repassar o conhecimento. Tem que trabalhar com vários projetos. São vários projetos durante o ano inteiro eles vão construindo vários projetos e o professor tem que estar sempre implantando esses projetos. Então, tudo isso ele fica sobrecarregado. E dentro da casa deles ainda tem os filhos que tem conflitos. Muitos dão problemas. Tem muitos servidores que chegam aqui com problemas familiar. Os filhos que são indisciplinados, ou se envolveram com drogas, entendeu? E geralmente as professoras, muitas professoras são solteiras, né? Aí tem que lidar e cuidar da família sozinha. Eu já atendi muitas servidoras assim que tem dois ou três/quatro filhos e tem que dar conta. Tem que trabalhar e cuidar dos filhos sozinha (Psi Sofia).

A fala de Sofia se refere às novas funções, demandas, exigências e consequências, às quais os trabalhadores docentes foram submetidos após a imposição da ideologia neoliberalista na condução dos processos de trabalho e na vida dos trabalhadores, conforme afirma Yasui (2006) ao dizer que

o neoliberalismo aponta para um estado mínimo que abandona os investimentos nas áreas sociais, bem como, amplia e refina dispositivos de manutenção do poder econômico por meio de políticas de exclusão e controle. Há cada vez mais concentração de renda, mais injustiça social, mais desemprego, e menos manifestações populares de protesto, menos articulações de oposição. Sindicatos negociam redução de salários em troca de estabilidade de emprego. Capturados pela lógica econômica neoliberal, a solidariedade cede terreno ao individualismo” (YASUI, 2006, pp. 70-71).

Essas mudanças e consequências impostas pelo neoliberalismo interferem e provocam alterações no *modus vivendi* da sociedade e de seus agentes, como foi discutido nos capítulos iniciais desta Tese.

8.1.6 As tentativas de reinserção na sala de aula

Os serviços de cuidados à saúde do docente oferecidos na Casa do Professor visam trabalhar as recusas subjetivas para reinseri-lo em suas atividades de sala de aula. De acordo

com minhas observações, poucos professores e professoras conseguem retornar. Não foi possível quantificar os percentuais referentes ao número de professores que voltam às suas práticas docentes na sala de aula no mapeamento que realizei, pela ausência de registros nos prontuários. Todavia, através das entrevistas e de conversas com os profissionais da Casa, constatei que grande parte dos docentes, após as manifestações de adoecimento e do tratamento da Casa, permaneciam fora da sala de aula, passando a atuar em outros ambientes na escola, como foi exposto no capítulo sobre a dinâmica de funcionamento da Casa do Professor e nas histórias apresentadas no capítulo anterior.

A equipe multidisciplinar da Casa se empenha para relocar ou readaptar os docentes em sala de aula, porém, nem todas as tentativas são bem-sucedidas, como revela a fala a seguir:

Sim. Mas, tem muitos assim. Sempre tem um ganho secundário, entendeu? Porque, quando a gente tira de sala. Porque, aquele que está doente, ele está lá. Aí ele vai evoluindo, evoluindo, mas o que acontece? Na hora de retornar pra sala ele já não quer retornar, entendeu? Aí a gente tem que fazer esse trabalho de adaptação de novo na escola, na sala de aula. [...]. Tem uma resistência. Eu acho que essa resistência é uma falha também nossa, porque, eu acho que se fosse trabalhado na escola a questão da prevenção. Essas palestras. Se a equipe fosse lá entender a dinâmica, tentar contribuir para melhorar a dinâmica dentro da escola, porque, também eu acho que ajudaria, entendeu? Aí ficaria mais fácil do professor voltar para a sala de aula, entendeu? Eu acho (Psi Sofia).

A psicóloga Sofia comenta sobre o esforço realizado para a reinserção dos docentes em sala de aula, mas também, em sua opinião, alguns utilizam o “ganho secundário¹⁴⁸” da doença e não desejam voltar. Contrariamente, a psi Inês considera que o trabalho realizado na Casa do Professor favorece a readaptação de muitos professores à sala:

Por exemplo, aqui nós fazemos o trabalho do atendimento psicológico, social e o atendimento pedagógico. Então, esse professor quando ele vem, ele tem esse suporte. Tem muitos que voltam, retornam para a sala de aula, consegue se reestruturar. Ele consegue resgatar a própria vida e ele volta pra sala de aula e volta bem né? (Psi Inês)

É o professor quando ele chega, ele já tá no último estágio né? Que isso tudo poderia ser trabalhado, se ele chegasse um pouco antes né? Eu diria, assim, uma prevenção, como uma vida saudável para esse servidor. Não chegaria ao ponto de paralisar a vida profissional, de paralisar a vida pessoal, comprometer a vida do servidor. (Psi Inês)

¹⁴⁸Ganhos secundários é um conceito de cunho psicanalítico, usado na Psicologia e na Medicina para se referir a benefícios que um transtorno ou doença pode fornecer ao paciente que possa justificar o desejo do paciente em continuar doente. Esses benefícios, ditos secundários, resultam das consequências da doença e, segundo Spitz (1997, pp. 4-5), “podendo favorecer a acomodação na enfermidade e a sua cronificação.[...]. As oportunidades que a doença oferece para que o indivíduo escape de determinadas situações conflituosas e penosas são geralmente inconscientes”.

Eu acho assim, que se este trabalho fosse oferecido com um alcance maior né? Com uma qualidade maior. Não estou dizendo que a qualidade daqui é inferior né? Mas, eu acho assim com âmbito maior pra dar uma oportunidade maior pra esse professor não chegar aqui totalmente desestruturado, mas dá uma oportunidade pra ele não ficar nesse estado. Eu acho que isso daí seria primordial, oferecer este serviço a todos né? Não deixar o professor primeiro chegar ao ponto que ele chegou. Pra mim o ideal seria esse (Psi Inês).

Na percepção de ambas as psicólogas é necessário um trabalho preventivo na própria escola para romper os preconceitos e facilitar o processo de reinserção do professor na sala de aula. Ressalto que essa tentativa de prevenção é realizada, mas sem muita continuidade, segundo as “Psis” entrevistadas, por falta de transporte e recursos específicos para essas ações.

8.1.7 Percepções do adoecimento e relações intersubjetivas (gestão, colegas e alunos)

Muitos professores, após a identificação diagnóstica do adoecimento, são afastados da sala de aula e realocados em outros ambientes na escola. A saída da sala de aula, para alguns, representa um processo doloroso e difícil, pois pode significar a perda da identidade de ser professor, o sentimento de nulidade de si e o temor de ser considerado como doente, como narra a psicóloga Inês:

Sentimento de inutilidade né? Quando sai de sala de aula é como se a pessoa perdesse a sua identidade. “Eu não sou mais ninguém”. No relato anterior, eu te falei daquele depósito de doentes né? Que isso dói muito né? Então, essa identidade dele [...]. Ele é alguém quando ele tá em sala de aula, quando ele tá produzindo né? Então, o adoecimento ele gera dor né? De paralisar a pessoa né? De comprometer a vida dele profissional, a vida pessoal. Aí eu vejo assim, quando chega pra ele sair de sala de aula é uma dor muito grande que o professor sofre [...]. Acompanhei uma professora que ela não queria sair de sala, de jeito nenhum né? Ela batalhou pra não sair de sala de aula.

Nas narrativas analisadas percebi que, depois da saída de sala de aula, muitos professores passam a viver de forma retraída e a restringir suas relações sociais. Alguns se afastam do convívio escolar, reduzem suas interações sociais no ambiente, como uma forma de preservar a própria imagem e de ocultar o sentimento do “sentir-se menor”, calando-se e esquivando-se do contato com colegas de trabalho, como afirma a professora Isabela:

Em relação ao ambiente de trabalho, quando a gente passa por algum tipo de transtorno psicológico a gente se sente menor, né? A gente acha que todo mundo resolver seus problemas e estão aqui saudáveis. Só eu que sou a doente [risos]. Só eu não consigo encarar os problemas de frente e sair ilesa, então, de alguma forma você se sente até “coitado”. E essa sensação é terrível! Você se sentir “coitado” diante dos outros que são fortes, são [...]. Eu particularmente não gosto dessa sensação! (Profa. Isabela).

Percebe-se, portanto, no relato da professora Isabela que, além do afastamento social, há insegurança de interagir com os colegas, e alguns docentes dizem sentir vergonha de serem vistos como doentes, por esse motivo restringem suas relações sociais. Para pensar a noção de vergonha reporto-me à obra de Gaulejac (2006, p. 31) intitulada *As origens da vergonha*, na qual o autor diz que os processos de “valorização e anulação que atravessam continuamente as relações sociais, assim como a importância da origem social nos sentimentos de superioridade e inferioridade”. Os relatos a seguir da docente Isabela mostram claramente os sentimentos expressos pelo adoecimento:

é uma sensação desagradável. Você não quer se sentir “coitado”. Todo indivíduo gosta de se sentir um sujeito forte. Eu acho que seja eu mesmo. Não que eles [...] não é um olhar, até porque, eu não falo [...] não deixo claro o que estou passando [...]. As experiências desagradáveis eu procuro guardar! Não gosto de comentar, mas de alguma forma você se isola também dentro da escola e isso faz com que você se sinta incapaz, incompetente de interagir, de produzir o mesmo que os outros produzem. Esse processo me distancia um pouco dos colegas. (Profa. Isabela)

Eu me sinto mais [...] Assim [...] Um pouco mais melindrada em conversar sobre assuntos pessoais, porque, meus assuntos pessoais são terríveis, né? Então, eu não me sinto muito à vontade em falar, enquanto, um fala do filho “Ah, o aniversário do meu filho” “Fui passear [...] levar minha esposa pra jantar e tal” Eu não tenho coisas boas para relatar sobre minha vida pessoal, então, eu prefiro ficar calada, então, eu não tenho muito como interagir com eles (Profa. Isabela).

As falas da professora Isabela, ainda me levam a Gaulejac (2007, p. 123) quando afirma que para o “indivíduo lutar contra a angústia ele investe totalmente no seu trabalho”. Isto porque a lógica gerencialista é impressa “no nível psicológico em termos de insegurança, de sofrimento psíquico, de esgotamento profissional, de perturbações psicossomáticas, de depressão nervosa”. Também no que concerne à insegurança no convívio social, Giddens (1991, p. 105) afirma que

uma pessoa que está existencialmente insegura sobre seus diversos eus, ou se os outros realmente existem, ou se o que é percebido realmente existe, pode ser inteiramente incapaz de habitar o mesmo universo social com os outros seres humanos. Certas categorias de indivíduos vistos pelo outros como mentalmente insanos, particularmente, os esquizofrênicos pensam dessa maneira.

Nota-se que além da insegurança e do afastamento social, alguns docentes também revelam que sentem vergonha de falar sobre o próprio adoecimento mesmo quando se sentem apoiados pelos colegas, como é o caso da professora Lurdes.

Assim, eu não tenho vergonha de falar da depressão né? Aqui na escola, as pessoas, por mais que elas saibam que eu estou passando por depressão elas só querem me

levantar, elas só querem me erguer, só querem me erguer, me colocar pra cima, eu fico assim feliz [...]. As crianças, as adolescentes, eu tenho uma aluna da oitava série que fez um biscoito, ela disse assim, “eu fiz um biscoito pensando na senhora”, ah fiquei feliz, chorei também, mas foi um choro de alegria [...]. Então aqui [...] eu penso assim que a depressão pra eles, acho que é uma gripe, a mesma pessoa que eu disse que eu tinha, [...] me pergunta a mesma coisa, “o que é que tu tens?” Entendeu? (Profa. Lurdes)

Pela narrativa acima, vê-se que Lurdes sente-se acolhida pelos colegas e alunos. Já, a professora Isabela, por exemplo, relata que a sua relação com os alunos é “estritamente pedagógica” e evita exposição pessoal: “a minha relação é estritamente pedagógica. Eu ouço. Claro! Eu procuro interagir em relação à vida pessoal deles, mas eu não exponho a minha”. Na percepção de Fátima, “são poucos os colegas que dão apoio pra gente, né?”

Nesse sentido, profissionais da equipe especializada da Casa reiteram a falta de abertura e de compreensão por parte dos professores, no ambiente escolar, para com os colegas afastados da sala de aula por adoecimento, inclusive emitindo juízos de valor preconceituosos, negatizando a imagem desses colegas, intensificando ainda mais o sofrimento psicológico deles, como observa a psicóloga Sofia:

A escola é bem resistente. A escola, inclusive os outros colegas são também resistentes. Eles fazem comentários “Ah, aquele professor, professora [...]” vamos dizer um professor que está com depressão. Aí ele está na sala de leitura, aí o diretor, às vezes, comenta “ah, esse professor não quer trabalhar” “está usando desculpa, está usando a doença para não trabalhar” Os colegas fazem comentários também, né? Então, eu acredito que esse professor sofre com isso tudo. Os comentários dos colegas, da escola como um todo. (Psi Sofia).

Assim [...] O que eles relatam muito é a questão do preconceito. Já que eles estão doentes. Eles estão fora da sala de aula tem esse conflito. Eles relatam muito isso, que eles são [...] Eles sempre relatam isso, entendeu? De professores que sempre fazem comentários maldosos. Os colegas, né? O diretor. Eu acho que assim [...] São poucos os relatos bons. Eles dizem que tem poucos amigos dentro da escola, entendeu? São poucos. Porque, também não dá tempo. Cada um tem que trabalhar, tem que dar conta da sua carga horária. (Psi Sofia)

Como forma de minimizar os preconceitos e as avaliações negativadas sobre a imagem dos professores que são acometidos pelas diversas formas de transtornos psicológicos, os profissionais da Casa do Professor se esforçam para desconstruir as elaborações preconceituosas sobre a doença e melhorar o nível de aceitação do professor adoecido nas escolas, através de intervenções que incluem visitas e conversas, principalmente com os diretores escolares:

A gente vai [...] faz a visita na escola, né? E tenta primeiro conversar com o diretor. Aí eu tento explicar a situação para o diretor, aí eu mostro documento, falo um pouquinho do que é o adoecimento, da doença, da depressão, por exemplo, o

transtorno de pânico [...]. Tento explicar, né? Pra eles. Mas, a gente percebe assim que é um pouco difícil (Psi Sofia).

Os impactos dessas intervenções, segundo a psicóloga, são quase sempre positivos. Alguns gestores se tornam mais compreensivos, embora as professoras afirmem que não se sintam muito à vontade nessa relação, como se expressam:

Com a direção eu já tenho essa necessidade de falar. De alguma forma até que eles foram bem compreensivos em relação ao problema, mas os colegas quando tem conhecimento a gente não percebe muito a importância [...]. Cada um na sua. Fico mais reservada. Com a diretora anterior era melhor. Essa mudança também de direção escolar que não tem um fluxo contínuo de nada. Muda política, muda a direção! Muda tudo. Até interfere nessas questões do professor. Questões de saúde. Com a direção atual não tenho muita liberdade. Não tenho muita [...] não me sinto muito confortável em conversar com ela sobre esses aspectos. (Profa. Emanuela)

Essa [diretora atual] é muito compreensiva, o outro não, o outro dizia assim, ele chegava e ficava sentado lá na sala: “oh professora eu vou providenciar um banho de sal grosso porque a senhora está carregada, vou fazer o banho de descarrego a senhora”. Ele falava: “fazer um banho de descarrego na senhora”, porque ele sabe que eu sou muito católica, entendeu? Pois é! Mas ele falou, na secretaria, “a senhora tá carregada”. Entendeu? Ele disse isso, tudo aconteceu e às vezes eu fico me perguntando, será que eu tinha que passar por isso? (Profa. Juliana)

Portanto, percebe-se que alguns diretores chegam a fazer comentários pejorativos sobre o adoecimento dos professores, como evidencia a narrativa da professora Juliana.

8.1.8 O adoecimento docente na percepção da gestão escolar e a devolução do professor

O olhar de alguns gestores e as atitudes de desqualificação da doença e da imagem de professor “adoecido” depende da sensibilidade de cada diretor. Nas entrevistas e visitas a algumas escolas mapeei depoimentos de gestores que se esforçam para compreender e apoiar os professores que passam por experiência de adoecimento, porém, os relatos de muitos professores denunciam o não acolhimento por parte da gestão quando eles adoecem, conforme consta nos capítulos seis e sete desta Tese. Nesta seção, reporto-me a algumas falas de gestores para indicar o pensamento de alguns deles nesse sentido.

Apresento, então, alguns relatos do diretor Evandro¹⁴⁹, que descreve sua experiência na função de gestor e o trato com os docentes acometidos de adoecimento e sofrimento psíquico. Evandro cita quatro casos:

¹⁴⁹ Servidor público estadual há 20 anos, 45 anos de idade, professor de História, com experiência na gestão escolar.

Como gestor, na escola [...] foi um ano, em 2012, de experiência, nesse tipo de caso, eu tive um caso que é de um professor que teve um problema que interferia na prática dele em sala de aula por conta de um sinistro na casa dele. Ele teve a casa incendiada totalmente e a inquilina morreu carbonizada, juntamente com o filho, que era professora também e isso prejudicou o andamento profissional dele. Naquele momento a gente o encaminhou para o atendimento porque o psicológico porque ele ficou muito abalado, ele tremia, ele chorava quando falava com a gente, quando ele fazia o relato, e então a gente naquele momento tomou a medida de afastá-lo da sala de aula para ele fazer o acompanhamento psicológico.

Outro caso foi de uma professora que já faleceu, infelizmente ela estava acometida de câncer, e aí essa doença afetou muito a questão psicológica dela porque como era uma doença que estava em estágio terminal, então ela também foi afetada no trabalho, teve que ser afastada do trabalho para trabalhar o psicológico dela. A doença foi muito cruel com ela. Ela tinha aqueles momentos de depressão, momentos de entretimento e isso a influenciava no desempenho do profissional.

Outra experiência como gestor foi na escola [...] que eu fui diretor de dezembro de 2012 a junho de 2014, então lá eu tive duas situações, a situação de uma coordenadora pedagógica, que entrou em colapso por conta que ela não suportou a pressão dos alunos, então ela tinha que atender os alunos e eram alunos muito hiperativos, então teve um momento que ela disse que não conseguiu mais, fisicamente, psicologicamente, ela não conseguia mais trabalhar na escola com aqueles alunos, até porque alguns alunos a ameaçaram de morte, alunos de 10 - 11 anos de idade. Então ela se sentiu muito pressionada e aí a decisão que nós tomamos naquele momento como gestor foi de devolvê-la, para que ela pudesse então ser lotada em outra escola, ela não chegou a ter o acompanhamento aqui da Casa, ela achava que não precisava.

E outro caso foi de uma professora que chegou a ter a síndrome do pânico, essa professora não conseguia ir para a escola. Porque ela teve uma relação muito complicada com a diretora anterior a minha gestão, segundo ela, a diretora ofendia, quando ia falar com ela não conversava, gritava. Isso a afetou, tanto é que ela teve que sair e ser afastada e a gente tomou a decisão de afastá-la também porque ela engravidou, a gente ficou com receio de essa situação influenciar no processo dela de gravidez.

Pelo que eu me lembro de assim, a mesma situação de uma professora, aconteceu na escola [...], que por uma relação com a gestora, ela também chegou a ter síndrome do pânico, ela saía de casa, se arrumava e quando ela chegava para atravessar a rua, segundo o relato dela, ela não conseguia que ela ia ver a diretora lá.

Nos relatos desse diretor pode-se perceber os encaminhamentos referidos por ele para que os docentes fossem acompanhados conforme suas necessidades psicológicas, mostrando “sensibilidade” como gestor. O que chama a atenção é a explícita atribuição dos motivos do mal-estar dos docentes à responsabilidade deles. A gestão busca mediar e encaminhar as diferentes situações, mas, aparentemente, a meu ver, sem muitas afetações institucionais.

No terceiro relato do diretor, ele se refere à devolução de uma professora que estava sofrendo ameaças de alunos, motivo aparentemente justo, naquela circunstância. Entretanto, as ameaças ou a devolução, em si, do professor, segundo minhas observações no percurso da pesquisa, é um forte instrumento de poder dos diretores escolares utilizado, na maioria das vezes, para punir, além da punição clássica — “o corte do ponto” —, nas eventuais ausências

injustificadas. Foi possível perceber que a devolução é ato temível entre os professores entrevistados.

O ato da devolução representa, na visão dos professores, um rebaixamento social, com conotações danosas para a sua autoestima. Está também relacionada à negatização da eficácia profissional, deixando-os entristecidos, com o sentimento de não reconhecimento dos anos de dedicação durante a permanência na instituição escolar onde operavam. A devolução provoca ainda uma desarticulação na organização da vida familiar, social e até financeira dos professores, principalmente quando são casados e têm filhos em idade escolar.

Na maioria das vezes, quando um professor é “devolvido”, ele é transferido pela SEED para outra escola, em bairro diferente, requerendo maiores esforços quanto aos possíveis deslocamentos urbanos. Em conversas com alguns professores evidenciou-se que esse ato, além de rebaixar o crédito profissional, desestabiliza-os em suas formas de organização da vida, emocionalmente, além de imprimir um sentimento de descartabilidade, de inutilidade.

Na entrevista realizada com o diretor escolar Evandro, ele considera que “a devolução deve ser a última instância”. No seu entendimento, a devolução pode ocorrer por vários motivos: “às vezes é uma perseguição política que ele justifica, às vezes é o diretor que é despreparado”. Evandro narra que em sua experiência de gestor sempre foi sensível para evitar acusações de perseguição ou de assédio, porque, em sua opinião, os professores acusam os diretores de “assediadores” ou de “opressores” quando estes cobram tarefas habituais, por exemplo, pontualidade, cumprimento de prazos, entrega de cadernetas, e outras atribuições próprias da função docente.

O opressor para o professor é aquele camarada que cobra o horário do cara, é aquele diretor que cobra para que ele entregue a caderneta no período, que ele participe de um encontro pedagógico, pelo menos um, que ele participe de um plantão pedagógico pelo menos para ele dar satisfação ao pai. Se o gestor cobra que isso tem que ser feito da tarefa do professor, aí ele é o opressor, ele é um perseguidor. Então nessa visão a gente viu muitos professores com essa postura.

[...] mas se o gestor é um gestor, por exemplo, como o meu caso, no meu caso eu guardava tudo que o professor levava numa pasta, e toda vez que eu tinha uma conversa com um professor, uma pedagoga estava ouvindo, só quando ele dizia que queria conversar no particular, mas é um particular, particular? Porque se for da administração a pedagoga tá aqui anotando tudo no livro de ocorrência, pra que? Pra resguardar o gestor de uma possibilidade do cara ofendê-lo, dizendo que ele está assediando ele, questão de assédio, que eles falavam muito no governo passado, não sei como é que vai ser nesse governo, não sei se vai ter assédio, não sei. Mas falavam muito da questão do gestor opressor, do assédio, sem assédio. Eu sei que eu observei que o que eles falam de assédio é que o diretor cobra o horário do cara, não é assédio chegar e dizer assim, professor, chegue seis e meia.

A nomeação do cargo de gestor escolar no Amapá ainda é por indicação política. Na opinião do interlocutor, “o sistema [...] indica um gestor que não tem a formação mínima para assumir uma direção. [...] muito, muito, atualmente a gente está percebendo isso, as pessoas estão sendo indicadas para determinadas funções que eles não têm a competência para tal”. No seu modo de ver, a falta de formação e preparação dos gestores escolares acaba se refletindo na saúde dos professores:

O sistema peca nisso e aí muitas vezes, o prejudicado é o professor, que ele pega um gestor que não tem essas dimensões esclarecidas, um gestor que não conhece as relações interpessoais e que muitas vezes não procura aprender e que isso reflete lá na saúde de um profissional que vai ter esse problema, porque ninguém é igual, então se desenvolve uma síndrome do pânico, um gestor percebe que alguns professores têm a relação de se tornarem opositores perenes dentro daquela escola, e aí tem aquela relação de poder. (Dir. Evandro)

Os jogos de poder presentes nas relações dos agentes no ambiente escolar produzem eventos estressores que poderão ser danosos à saúde docente. Nos registros das queixas clínicas, os transtornos psicossomáticos são bastante comuns. O diretor Evandro relata algo nesse sentido: “muitas vezes os professores criam as dores, muitas vezes eu cheguei com uma professora e disse: “o que você vê?” Ela disse: “ah eu olho pra escola e eu vejo um monstro na minha frente, eu imagino aquela mulher [refere-se a diretora escolar anterior] gritando comigo e eu me sinto desse tamanho”. Dessa forma, a escola, como um espaço de construção de saber e de interações sociais saudáveis, transforma-se em um monstro no imaginário de docentes que são vítimas das arbitrariedades de alguns gestores escolares.

Portanto, na percepção do gestor entrevistado, é necessário instaurar — entre “gestor e gestado” — uma relação de diálogo, como base para uma boa gestão e sensibilidade a fim de identificar o pedido de socorro de professores acometidos por alguma forma de sofrimento e/ou adoecimento psíquico.

Então eu vejo assim, nessa relação eu vejo que o que tem que acontecer é a base de uma boa gestão, é diálogo, para você identificar um professor que está doente é o diálogo, tem que conversar. Eu identifiquei que a professora estava com síndrome de pânico conversando com ela, eu tive que conversar com ela fora da sala da direção, porque o ambiente despertava o medo, porque foi lá que ela foi ofendida.

Para além desses relatos, alguns professores também admitiram a presença sensível e compreensível de alguns diretores escolares durante suas experiências de adoecimento:

[...] a gente tem uma diretora agora maravilhosa, ela me dá todo o apoio, ela me dá toda a credibilidade e não tenho do que reclamar de lá, agora a gestão passada, a gestão passada foi um inferno, acabou comigo, essa não, ela tá reerguendo a minha

autoestima, tudo ela faz pra me ajudar, tudo [...]. Estou como assessora da diretora à noite. Isso, assim ela me deixou super à vontade, ela é muito amiga, ela não quer que eu me envolva com problemas de alunos, ela quer que eu a assessore tipo auxiliando aos professores, algum material que faltar, mas eu estou proibida de ter contado com aluno, entendeu? Eu não tenho equilíbrio pra lidar com problema nenhum de aluno, isso aí eu já tenho certeza. Eu fico nervosa, eu começo chorar, eu entro em pânico, eu não consigo resolver nada. (Profa. Fátima)

Outros depoimentos, além desse, sobre a “postura carrasca” dos gestores, dão a impressão de que, através do trabalho de “sensibilização” realizado pela Casa do Professor em escolas, e de palestras sobre o adoecimento docente e formas lidar com esses profissionais, os gestores têm amenizado suas posturas e estão modificando o olhar lançado sobre esse tema.

8.1.9 Estigmatização: o professor doente, os “normais” e a “carreira moral”

O termo estigma, para Goffman (2004), refere-se a um atributo profundamente depreciativo. A noção de estigma pensado pelo autor é aplicada para explicar a relação física entre os denominados normais e os estigmatizados, considerando que a interação *face a face* influencia, reciprocamente, os indivíduos sobre as ações mútuas. Já, o termo, “normais” é dirigido àqueles que estigmatizam. Para o autor, as pessoas são estigmatizadas quando são rotuladas e ligadas a características indesejáveis, dando-lhes uma experiência de perda de *status* e discriminação.

O autor acredita que a pessoa estigmatizada possui duas identidades: a real e a virtual. A identidade real é o conjunto de categorias e atributos que uma pessoa prova ter; e a identidade virtual é o conjunto de categorias e atributos que as pessoas têm para com o estranho que aparece à sua volta, portanto, são exigências e imputações de caráter feitas pelos normais quanto ao que o estranho deveria ser. Desse modo, determinada característica pode ser um estigma, especialmente quando há discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real, diz Goffman (2004, p. 30), pois,

as pessoas que têm um estigma particular tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativa à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na concepção do eu - uma “carreira moral” semelhante, que não só causa como efeito do compromisso com uma sequência semelhante de ajustamentos pessoais.

Goffman cunhou a noção “carreira moral” para definir a sequência de mudanças que produzem efeitos na identidade social e no conjunto de imagens elaboradas pela pessoa para julgar os outros e a si própria. A meu ver, trata-se de um conceito especialmente útil para a compreensão da trajetória enfrentada pelos professores e professoras durante o processo de adoecimento e sofrimento psíquico, os quais passam a ter suas identidades deterioradas. Eles

enfrentam dispositivos institucionais, adaptações sociais e adequações sociais, realizando uma espécie de reordenação moral.

Em relação ao uso da noção de carreira moral proposta por Goffman, a meu ver reflete o percurso de professores e professoras, não somente pelas instituições envolvidas no processo de tratamento e acompanhamento psicossocial, mas, sobretudo, às adaptações e reformulações de suas subjetividades para se adaptarem às novas realidades derivantes do adoecimento. Isto porque a experiência do adoecimento exerce impactos significativos sobre a reconstrução da pessoa – através da construção gradual de sua identificação como professor-doente, em tratamento na Casa do Professor.

Conforme discorri anteriormente, os docentes passam por enfrentamentos subjetivos e sociais para aderir ao tratamento proposto pelo dispositivo de Atenção Psicossocial – Casa do Professor. De acordo com as narrativas, os docentes tentam exercer o controle de si, silenciar o sofrimento e (in) visibilizar a doença para não serem percebidos doentes, de não serem um frequentador da Casa, talvez em um esforço para não serem categorizados e/ou estigmatizados, conforme se percebe nos relatos a seguir.

A galera é um pouco assim, acredita-se que todo mundo que está no Psicossocial está doido, logo se generaliza dessa forma. (Prof. Gilberto)

Só vou lá só se eu estiver perturbado, só se eu precisar de um atendimento psicológico. (Prof. Sergio)

Se quando eu falar que eu estou sendo atendido pelo Psicossocial, eu tenho medo de o outro me olhar com olhar diferente, de dizer, “não, aquele camarada não é normal”. (Prof. Vicente)

Medo de o que as pessoas vão pensar a respeito, porque, na minha visão elas sabem do meu problema, então, delas me discriminarem por isso. Falarem mal de mim. Chamar de doido, perturbado, dizer que eu estou fazendo tratamento psiquiátrico, que isso é coisa pra maluco, então, é por essas coisas que eu procuro me reservar. (Prof. Tobias)

Tipo me proteger dessas conversas e depois que eu tive esse problema eu não fico mais na comunidade. Eu vou, dou aula e volto¹⁵⁰. São comunidades aqui perto. Nas comunidades de Tessalônica e Maruanum. Tsalônica, 45 minutos. O Maruanum uma hora. São distritos de Macapá. Aí eu retorno pra casa mais por isso. Eu sinto um desconforto de estar no meio deles. (Prof. Tobias)

Os relatos testemunham a preocupação e o desejo de alguns docentes não quererem ser vistos como “frequentadores” do dispositivo de Atenção Psicossocial pelo medo da estigmatização, particularmente por seus pares. Por esse motivo desenvolvem estratégias para

¹⁵⁰O professor foi colocado numa escola em um distrito próximo a Macapá para dar continuidade ao seu tratamento.

esconder a face, evitando o contato social com os prováveis “estigmatizadores”, os ditos “normais”¹⁵¹.

Esse receio da estigmatização é vivido especialmente pelos professores e professoras que, após o reconhecimento do adoecimento, através do diagnóstico clínico, são colocados nas salas ambientes das escolas, conhecidas como “depósitos de professores doentes”. Esses docentes passam por processos de reorganização de suas identidades, perante si mesmos e o grupo social. A narrativa a seguir é bastante expressiva nesse sentido:

É um sentimento muito ruim, toda vez que você tem um sentimento de perda, que você não aceita essa perda, você pode cometer suicídio, você pode fazer uma coisa dessas, porque nós não fomos trabalhados, treinados para perder, a gente só foi treinado para ganhar, trabalhar as nossas perdas é algo muito sofrido, aceitar uma perda, aceitar ser largada; ser deixada do nada é algo que mexe muito com a cabeça de qualquer um. Você tem que ter uma estrutura boa para isso (Profa. Marília).

O sentimento de discriminação, de isolamento social e destituição de si devido à experiência do adoecimento e às adaptações ao “*status* de professor doente” são bastante recorrentes nas narrativas ouvidas. Chama à atenção a fala do professor Tobias quando afirma: “eu retorno pra casa mais por isso. Eu sinto um desconforto de estar no meio deles”. Na concepção de Goffman (2004, p.15), “o indivíduo estigmatizado pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão”. Tobias desloca-se todos os dias da comunidade onde trabalha para evitar o desconforto de estar com os “normais”, como diria Goffman.

8.1.10 Endividamento dos professores: finanças e adoecimento

O projeto de atenção psicossocial, após sua reformulação através da Casa do Professor, foi ampliado e inseriu, na equipe multidisciplinar, outros especialistas, além dos psicólogos, assistentes sociais e pedagogos que já compunha a equipe de atenção psicossocial, entre os quais um educador financeiro. A inserção desse profissional na equipe multidisciplinar foi motivada pela necessidade de prestar suporte aos professores que chegam

¹⁵¹“A noção de “ser humano normal” pode ter sua origem na abordagem médica da humanidade, ou nas tendências das organizações burocráticas em grande escala, como a Nação-Estado, de tratar todos os seus membros como iguais em alguns aspectos. Quaisquer que sejam suas origens, ela parece fornecer a representação básica por meio da qual os leigos usualmente se concebem. De maneira interessante, parece ter surgido uma convenção na literatura popular segundo a qual uma pessoa de reputação duvidosa proclama o seu direito de normalidade citando o fato de ter-se casado e ter filhos e, muito estranho, declarando ter passado o Natal e a Ação de Graças com eles”. (GOFFMAN, 2004, p. 9)

à Casa com queixas de sofrimento associadas a situações de endividamento pessoal, como foi mostrado no mapeamento e nas narrativas dos professores do Modular.

Na opinião de técnicos da Casa, essa negatização financeira pode desencadear intensas preocupações que atrapalham o bom desempenho profissional e até mesmo acelerar processos depressivos, conflitos familiares, irritabilidade, entre outros. Como expõe o educador financeiro entrevistado, “o financeiro afeta a saúde dos professores e acaba vindo o conjunto para a Casa”. Em conversa com o educador financeiro, ele mencionou um recente estudo realizado pela Secretaria de Planejamento do Amapá (SEAD-AP) que mostra percentuais aproximativos entre 73 a 75% dos servidores estaduais do Amapá que têm empréstimos consignados¹⁵².

Na opinião do educador financeiro da Casa, os servidores endividam-se porque passam a viver com o que sobra de seus salários, após o desconto do consignado, e, com isso, eles adquirem novas dívidas no cartão de crédito, empréstimos com agiotas, endividamentos para viagens, eventos inesperados — doenças —, entre outros. Dessa forma, “a renda diminui, e acabam se endividando ainda mais e a situação fica muito complicada” (Educ. financeiro, Paulo).

Esse endividamento que aparece tanto nas queixas clínicas quanto nas narrativas de diferentes interlocutores poderá somar-se a tantas outras situações precipitantes para o adoecimento dos professores, como foi também evidenciado no mapeamento que realizei e nos relatos dos docentes, principalmente dos professores e professoras do Modular. Na sequência, transcrevo algumas falas que mostram essa problemática anunciada:

O que eu digo? 60% dos professores que estão aqui é por conta do financeiro, não é só a Síndrome do Pânico, a Síndrome do *Burnout*, é a questão financeira também e muitas vezes isso reflete na minha saúde também. Na minha relação em casa, com os amigos, comigo. (Evandro-gestor escolar).

Há um endividamento muito grande, porque quem entrou em 2012 já comprou um carro, e um carro muitas vezes, comprou sem entrada, aproveitou o IPI baixo, a mídia estimula, dividiu em 60 parcelas e a média de salário dos professores é de três mil reais, pra quem tá entrando agora no governo, professor na C1, está RS 3.200,00, então ele lá vai tirar daí uma parcela de 800, 1.000 reais, no carro, aí fica com 2.000, é solteiro, um solteiro gasta mais que um casado, a gente diz que não, mas o solteiro gasta mais que o casado, porque o solteiro tem que estar mais bonito toda hora, tem que comprar uma roupa nova [...] tem que ter o dinheiro pra gastar, o solteiro, toma três quatro cervejas, é o rei da banca, ele é o “cara”, “pode deixar que eu pago [...]”. (Evandro-gestor escolar)

¹⁵²Informação fornecida pelo profissional de educação financeira entrevistado. Servidor estadual há sete anos, graduado em matemática pela UNIFAP e curso de formação em Educação Financeira pela Associação Brasileira dos Educadores Financeiros.

Tem uma senhora bem magrinha, a Dona [...], o nome dela. Outro dia eu perguntei “[...] o que faz a senhora trabalhar andando com sacrifício?” Ela respondeu: “sustentar netos”. Muitos dos filhos sobrecarregam os avós para tomarem conta financeiramente e essas senhoras já não tomam mais conta dos cartões delas, são os netos, são os filhos. Elas andam tão malvestidas, comem mal e não levam quase nada, porque são induzidas pelos seus a fazer isso. (profa. Marília)

Na percepção de algumas profissionais da Casa que realizam o acompanhamento psicossocial dos docentes, esse endividamento é contraído para a própria manutenção do grupo familiar, “muitos professores são os mantenedores da família, porque têm uma renda certa ao final do mês”, diz a psicóloga Inês. E ao final da sua fala destaca: “o nosso grupo familiar aqui do Norte é muito agregado, a gente tem aquela questão do indígena muito forte, de famílias que moram em bloco. Pais que moram juntos com três filhos casados e moram tudo junto. A reponsabilidade fica para o dono da casa”. Em continuidade, Inês esclarece:

O endividamento fica muito grande. E assim como a pessoa, o professor é aquela pessoa que tem um salário que é garantido por mês. Então, ele é o mantenedor de todo o outro grupo familiar [...]. Olha, eu não tenho pra ti dar assim números, porque a gente ainda não fez um cálculo, mas a maioria em si, principalmente, os professores do Módulo, tem muitos que estão adoecendo e eles não veem se tratar, ou eles não saem do Módulo, porque é uma renda a mais e tem um monte de gente dependendo [...]. (Psi Inês)

E eu vejo assim também, com relação a questões familiares né? A gente vê um índice muito grande de endividamento, a questão financeira das famílias. Até o nosso grupo familiar aqui do Norte é muito agregado, a gente tem aquela questão do indígena muito forte, de famílias que moram em bloco. Pais que moram juntos com três filhos casados e moram tudo junto. A responsabilidade fica com o dono da casa. São famílias também que a mãe é a mantedora né? Então, isso tudo gera conflito, gera sofrimentos, desgastes. (Psi Inês).

Isso aí é muito sério, porque nós temos pacientes aqui que não tem mais condições de trabalhar no SOME. Não tem condições mesmo, aí, a paciente se recusa dizendo: “não, eu preciso, eu tenho que ir, eu tenho empréstimo.” O esposo dela trabalha, a vida é estável, é boa. Mas, ela já estabeleceu a necessidade, essa necessidade que precisa desse dinheiro. E não quer abrir mão desse dinheiro de jeito nenhum. Então, até que ponto esse dinheiro vai estabelecer a saúde mental dela? Porque é pra pagar psiquiatra, é para tomar medicação para desenvolver outras patologias, como a dor de cabeça que não passa, a dor no pescoço, a tensão muscular, etc. Então, tudo isso quando você vê está toda comprometida (Assistentes sociais – Paula e Rita).

Saliento que, do mesmo modo que o endividamento pode acionar processos de adoecimento, o adoecimento dos professores também desorganiza suas vidas financeiras, como afirma a professora Juliana: “fiz empréstimo adoidado, como falei para o doutor, se eu não tivesse adoecido hoje em dia eu tinha dinheiro na conta, entendeu?”

O trabalho realizado pelo educador financeiro consiste em orientar os docentes que chegam à Casa com necessidades também nessa área. Inicialmente, para auxiliar os docentes endividados, é realizada uma entrevista sobre o detalhamento da vida financeira do educador. A partir dessa avaliação diagnóstica é feito um replanejamento individualizado da renda e dos

gastos junto ao professor, e lhe são indicados caminhos estratégicos para a reorganização das finanças, como especifica Paulo: “eles apresentam a parte financeira e monta-se um plano estratégico para que ele possa se planejar melhor e se faz um acompanhamento, mensal”.

Na opinião desse especialista, “o endividamento pode atormentar sua vida profissional e a pessoa passa ficar preocupada e acaba não rendendo suficientemente no seu trabalho na escola”. Ainda segundo suas informações, as demandas são espontâneas e são feitas também orientações preventivas para aqueles que buscam esse serviço: “Temos servidores dependentes químicos, casos de professores viciados que não conseguem controlar a vida financeira. [...]. Por semana são atendidos cerca de cinco servidores. Daí é feito um planejamento vendo possibilidades de economizar”. Paulo considera “positivas” as ações de educação financeira como parte fundamental do tratamento psicossocial e afirma que já estão rendendo resultados.

Ao encerrar este tópico, indago: de que modo o endividamento dos docentes estaria relacionado às atuais configurações do mundo do trabalho, do capital e do consumo? De que modo essas realidades estão imbricadas nas subjetividades e no *pathos* docente?

Finalizando este capítulo afirmo que, ao construí-lo, deparei-me com muitos dilemas em meu modesto, porém, desafiador, percurso analítico, devido à multiplicidade, à riqueza e à densidade dos relatos acerca das distintas temáticas trazidas pelos meus interlocutores, referentes às suas experiências de trabalho e de vida, que poderiam ser exploradas e discutidas mais ampla e profundamente. Entretanto, não pretendi discutir, aqui, os eixos temáticos de forma exaustiva e homogeneizante, mas tentar entender de que modo as narrativas e histórias de sofrimento e adoecimento ouvidas e partilhadas neste estudo permitem compreender o *pathos* docente e suas possíveis articulações e afinidades com experiências e realidades de trabalho apresentadas e discutidas nesta Tese.

Portanto, neste capítulo foram apresentadas e discutidas, não exaustivamente, dimensões temáticas identificadas no denso material produzido através da escuta de trajetórias e histórias clínicas de trabalhadores docentes e os processos de sofrimento e adoecimento psíquicos vivenciados por estes. No capítulo seguinte e último deste estudo apresento um relato simplificado da minha experiência de pesquisa, desenvolvida durante o Estágio Doutoral em Trento, na Itália, como capítulo complementar a este relevante investimento acadêmico, pessoal e profissional.

9 DOENÇA MENTAL E TRABALHO DOCENTE PRECÁRIO: RELATOS E REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA ITALIANA - UM OLHAR APROXIMATIVO-COMPARATIVO

“Imagine-se, agora, um homem privado não apenas dos seres queridos, mas de sua casa, seus hábitos, sua roupa, tudo, enfim, rigorosamente tudo que possuía; ele será um ser vazio, reduzido a puro sofrimento e carência, esquecido de dignidade e discernimento, pois quem perde tudo, muitas vezes perde também a si mesmo”. (LEVI, 1988. p. 25)

A leitura da obra de Primo Levi “É isto um homem?” (1988), da qual extraí o fragmento transcrito acima, provocou-me algumas reflexões sobre o “sofrimento entre muros” e a “clausura do fora”, durante a minha experiência de pesquisa no período do estágio desenvolvido no âmbito do PDSE/CAPES realizado junto ao *Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell’ Università degli Studi di Trento (UNITN)*, na Itália.

Figura 27 - Departamento de Sociologia da Universidade de Trento (UNITN)



Fonte: Acervo pessoal da autora (nov/2015).

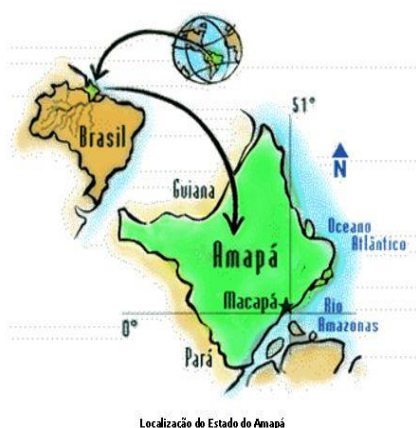
A experiência do estágio se constitui em relevante momento em que tive a oportunidade de visitar algumas instituições ainda impregnadas pelos registros vivos das experiências de segregação social de pessoas em sofrimento psíquico relacionado a um universo diversificado de motivações, entre os quais, a dita “loucura”. O trabalho de investigação realizado durante a minha permanência em Trento¹⁵³ teve dois vieses, aparentemente distintos entre si, mas que se completaram e se transformaram em base enriquecedora para agregar valor ao meu objeto de pesquisa e à minha vida pessoal.

¹⁵³Província Autônoma de Trento, população de 116.386 habitantes, localizada no Norte da Itália.

9.1 Relato de experiência de pesquisa em Trento - Itália

Apresento, assim, elementos da minha experiência durante o período do estágio doutoral (setembro a dezembro de 2015), que visou a dois aspectos relevantes relacionados ao meu objeto de estudo: 1) aprofundar aspectos relativos à história da Psiquiatria Democrática Italiana e suas contribuições político-ideológicas para o movimento contra a institucionalização de pessoas com transtornos mentais e para a implantação dos serviços de atenção psicossocial no Brasil; 2) compreender as prováveis conexões entre trabalho docente e formas de cuidados dos professores italianos com experiências de sofrimento e adoecimento psíquico, no esforço de realizar em olhar aproximativo pontual, entre essas duas realidades (Amapá-Brasil – Trento-Itália).

Figura 28 - Amapá (Brasil).



Fonte: <<https://www.google.com.br>>

Figura 29 - Trento (Itália).



Fonte: <<https://www.google.com.br>>

No período em que estive em Trento realizei ampla pesquisa bibliográfica para aprofundar a compreensão do meu objeto de investigação, explorando a história da psiquiatria italiana e do movimento de desinstitucionalização promovido por intermédio da Psiquiatria Democrática, com o objetivo de entender as bases históricas e ideológicas para a implantação da política de atenção psicossocial tanto na Itália quanto no Brasil. Além desse relevante aspecto para ampliar a compreensão do objeto proposto nesta Tese — o sofrimento e o adoecimento psíquico — realizei visitas a instituições importantes para entender a história e as formas de cuidado oferecidas a pessoas em sofrimento psíquico. Também me aproximei da realidade do trabalho docente em Trento, Itália, através de visitas a algumas escolas públicas de Trento e proximidades, além de entrevistar professores, gestores e técnicos administrativos.

Tive a oportunidade de visitar instituições ex-manicomiais, de sentir e ver de perto artefatos, registros e símbolos ainda muito fulgurantes e representativos das diferentes formas de sofrimento psíquico e das formas de tratamento propostos para a doença mental, em diferentes épocas marcadas pela reclusão das pessoas ditas “loucas”. Essas experiências foram importantes para aprofundar leituras e aspectos contextuais associados ao meu objeto de estudo, o qual dialoga com a saúde e a doença mental e suas formas de cuidados para então entender as modernas formas de cuidado através da atenção psicossocial, atualmente propostas para as pessoas em sofrimento psíquico.

Ressalto que essa aproximação me propiciou conhecer mais de perto as contribuições da experiência italiana para a luta antimanicomial e para a implementação dos sucessivos serviços de atenção psicossocial para os cuidados de pessoas em sofrimento psicológico no Brasil.

Feitas essas considerações, elenco apenas os espaços visitados e faço um relato mais ampliado sobre a minha visita e a pesquisa no Museu do Hospital Psiquiátrico de San Servolo¹⁵⁴, com o objetivo de mostrar parte do trabalho desenvolvido durante a experiência do PDSE:

- 1) O *Museo delle Mente*, em Roma (funciona em parte do complexo arquitetônico do extinto Hospital Psiquiátrico de *Santa Maria della Pietá*), em Roma;
- 2) O atual Centro de Saúde Mental em Pergine (inserido no complexo arquitetônico do extinto hospital psiquiátrico de Pergine, província de Trento);
- 3) O Centro de Saúde de Trento (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitári (APSS);
- 4) O Centro de saúde mental de Roma (vinculado ao *Istituto Romano di San Michele*);
- 5) Museo del Manicomio di San Servolo. Esse importante museu para a história e memória da loucura está situado na ilha de San Servolo¹⁵⁵, a poucos minutos da charmosa e soberba cidade de Veneza.

¹⁵⁴ A viagem à Ilha de *San Servolo* foi planejada desde os contatos iniciais com a profa. Casimira Grandi, minha orientadora no PDSE. Quando a profa. Casimira Grandi me informou sobre a possibilidade de visitar “*l'isola dei matti*”, como é conhecida pelos venezianos, localizada a dez minutos de Veneza. Onde existiu um dos maiores manicômios da Itália e que, atualmente, abriga o Museu do Manicômio de San Servolo, e contém um dos maiores acervos sobre a história da loucura na Itália e único na Europa, (GALZIGHA,1980). Então desde o Brasil, mantive a expectativa, de conhecer de perto este espaço, onde pessoas ditas loucas estiveram reclusas durante longos anos de suas vidas, tornando-se testemunhas vivas e deixando marcas indeléveis na história dessa instituição total.

¹⁵⁵ A ilha de San Servolo foi considerada, por longos anos, pelos venezianos, como “a ilha dos loucos”. É toda murada, como se observa na foto anterior, só recentemente a administração da ilha conseguiu a autorização para fazer esses janelões no muro ao redor de toda ilha, desconstruindo a imagem de um espaço de contenção que durou por cerca de 262 anos. Depois do fechamento do manicômio que funcionou ali por 253 (com base na data de internação do primeiro doente mental, em 1725) anos, por iniciativa da Administração da Província de Veneza, a ilha se tornou um centro de estudos, denominado *Fondazione di San Servolo I.R.S.E.S.C (Istituto*

Figura 30 - Ilha de San Servolo (Veneza - Itália).



Fonte: acervo pessoal da autora (20 dez. 2015).

O Museu de San Servolo conserva um arquivo completo que compreende documentos sobre a história clínica de seus internos, como descreve detalhadamente Terzian (1980, p. 18):

San Servolo, agora desabitada, sem a presença da massa mais degradada de sofredores, ao longo de sua história, conserva no seu interior um riquíssimo arquivo que compreende os prontuários clínicos de todos os ali internos, isto é, os documentos mais significativos para uma leitura histórica da natureza dos procedimentos de registo e das expressões do sofrimento, fora os documentos políticos e administrativos de todos os mandatos de custódia e sanitários adotados com o passar dos tempos da República veneta, do Governo provisório, da dominação francesa, do Império austro-húngaro, do Reino da Itália e da República italiana (Tradução da autora).

O Museu também possui vasta biblioteca, conhecida como “sala de leitura dos médicos”, onde são conservados os escritos dos psiquiatras locais, nacionais e estrangeiros sobre os pacientes internos ali em San Servolo e de outros manicômios italianos e estrangeiros, sobre os quais foram construídos os saberes da ciência psiquiátrica, à época.

Ricerche e studi sull'Emarginazione Sociale e Culturale), onde foram inventariados e reorganizados os arquivos dos Hospitais Psiquiátricos de San Servolo e de São Clemente (hospital para o público feminino). Atualmente, a Ilha abriga a história desses hospitais e de seus internos através do vasto e diversificado material, legado da história da doença mental, dos métodos e técnicas de tratamento utilizados pela Psiquiatria Médica, à época. Atualmente, a Fundação é gerenciada por uma Associação Internacional, ligada à Província de Veneza, segundo informações obtidas em Armiato (2015). Na ilha funcionam ainda: *Venice International University; San Servoli Servizi, Accademia di Belle Arti F H 24; Fondazione Franca e Franco Basaglia e Collegio Internazionale Ca'Foscari*. Conforme (GALZINGNA, 2007, p.7).

Há, ali, um arquivo fotográfico, perfeitamente conservado e de inigualável valor histórico e cultural. Segundo Armiato (2015), os hospitais de San Servolo e San Clemente foram os primeiros manicômios europeus que, em 1873, começaram a fotografar os doentes no momento da internação e, em momentos sucessivos, com o objetivo de identificar ou de fixar e difundir, através dos tratados e escritos ou de outros canais culturais, a imagem da loucura.

Realizei, portanto, uma visita guiada pelas diversas salas do museu¹⁵⁶, sob a orientação de Luigi Armiato, responsável pelo Museu, que, de forma educada e paciente, explicou-me com riqueza de detalhes a história impressa na paisagem daquela instituição total. O Hospital Psiquiátrico de San Servolo¹⁵⁷ funcionou como manicômio de 1725, com internação do primeiro paciente considerado “louco”, até o seu fechamento, em 1979, após aprovada a Lei n. 180, de 1978, que previa a extinção de hospitais psiquiátricos.

Assim, além dessa enriquecedora experiência cultural, ouvi valiosos testemunhos de profissionais operadores da área de saúde mental, através de entrevistas realizadas com psiquiatras¹⁵⁸ e psicólogos¹⁵⁹, colegas de Franco Basaglia, que atuaram no ambiente manicomial, antes, durante e pós-reforma, na luta para desarticular essas instituições totais e resgatar as subjetividades aprisionadas e desgastadas pelas marcas da institucionalização asilar, conforme Basaglia (1968); Goffman (1974); Foucault (2006) e Aebex (2013).

Retomando a obra de Primo Levi (1988), já mencionada. Essa obra traz relatos de histórias de sofrimento, de rebaixamento e de nulidade total da dignidade humana; de aprisionamento dos judeus nos campos de concentração, durante a Segunda Guerra Mundial, mais especificamente, o autor refere-se às experiências vividas no campo de *Auschwitz*

¹⁵⁶Permaneci apenas três dias na Ilha de San Servolo. Durante esse período foi possível acessar e fotografar materiais e informações relevantes: livros de registros de pacientes de diferentes épocas, protocolos clínicos, livros de fotos dos pacientes; visualizar diversos artefatos relacionados as formas de tratamento da doença mental; conhecer a visualizar a vasta e fascinante biblioteca “sala dos médicos”, com seus livros “grandes e ilustrados”, alguns ainda de pergaminho, foi uma das cenas que mais me impressionou, fora o sentimento de tristeza que aperta a alma ao conhecer um lugar como esse, que conserva a memória de pessoas excluídas socialmente, que tiveram suas subjetividades capturadas, principalmente aquelas assinaladas como loucas.

¹⁵⁷A relação da Ilha com a história hospitalar é bem particular e interessante. Antes de se transformar em hospital psiquiátrico funcionou como um convento e hospital militar, dirigido pela congregação religiosa *Fate-bene-Fratelli* - ordem religiosa de Sisto V existente já no ano de 1586. Além do reconhecimento assistencial em hospitais, esses religiosos possuíam a prática de produzir remédios, e ao longo dos anos o hospital passou por várias adaptações.

¹⁵⁸ Tive a oportunidade de entrevistar renomados psiquiatras italianos como: Dr. Domenico Casagrande, psiquiatra aposentado, companheiro de trabalho e de luta de Franco Basaglia, em Trieste, e ex-diretor do Hospital Psiquiátrico de San Clemente, responsável pelo fechamento deste, logo após a homologação da Lei 180 de 1978; o Dr. Dott. Giampaolo Martina, psiquiatra aposentado que trabalhou em San Servolo e foi diretor deste hospital em 1970, e, por último, o Dr. Giancarlo Pera - Diretor do Centro de Saúde de Pergine de Valsugana.

¹⁵⁹Psicóloga entrevistada: Dra. Giuseppina Gabriele (Diretora do Centro de Saúde de San Michele, em Roma) - contemporânea e colega de trabalho e de luta de Franco Basaglia.

(Polônia), para aonde foi levado. A leitura dos relatos desse autor italiano me fez pensar nos modos de vida das pessoas com transtornos mentais que, segundo a vasta literatura sobre as formas de cuidados dessas pessoas, não destoavam muito do tratamento recebido em campos de concentração.

A vivência de dor e de violência, das mais sórdidas possíveis e impossíveis de se imaginar, impostas à pessoa humana nesses espaços me fez refletir sobre as “formas de cuidados” recebidos pelos “doentes mentais” considerados “loucos” em espaços de clausura, designados, inicialmente de asilos, hospícios e, posteriormente, manicômios (PESSOTTI, 1996). Pessoas que, semelhante aos judeus, também foram segregadas, enjauladas e tiveram suas vidas recolhidas, esvaziadas de dignidade; suas corporeidades e subjetividades violadas e reclusas em hospitais psiquiátricos, muitas delas também submetidas às câmaras de gás dos nazistas, como relata Giuseppe Pantozzi (1989, 1994, 1996) quando se refere à história do Hospital Psiquiátrico de Pergine (Itália).

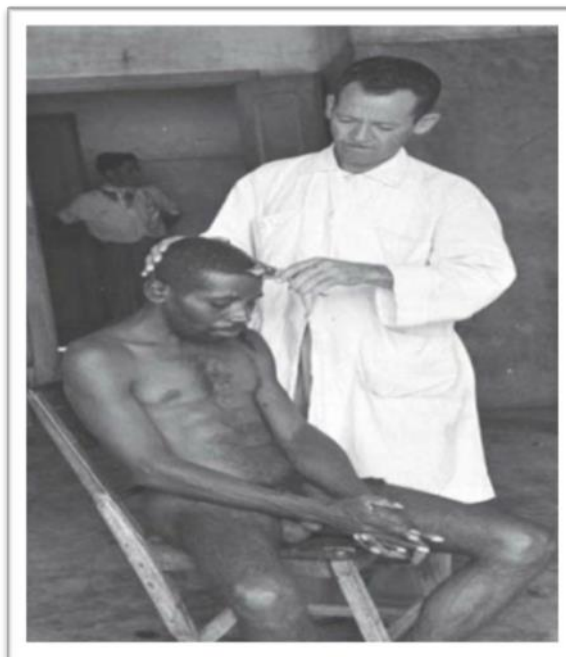
No Brasil, a leitura da obra de Daniela Arbex (2013), *Holocausto brasileiro: genocídio - 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*, desassossega a minha alma, ao me colocar em contato com histórias, testemunhos e relatos de sobreviventes vítimas do tratamento manicomial no Hospital Colônia de Barbacena¹⁶⁰, em Minas Gerais, como narra a autora: “um holocausto que atravessou a maior parte do século XX, vivido no Colônia, como é chamado o maior hospício do Brasil”, mostrando a maneira cruel com que os internos eram tratados nesse lugar de morte:

Lá suas roupas eram arrancadas, seus cabelos raspados e, seus nomes, apagados. Nus no corpo e na identidade, a humanidade sequestrada, homens, mulheres e até mesmo crianças viravam “Ignorados de Tal” [...]. Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. (ARBEX, 2013, pp. 13-14).

A obra *Holocausto brasileiro: genocídio - 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*, está repleta de imagens chocantes, do modo com que os internos eram “tratados” e expostos às formas mais desumanas e indignas possíveis.

¹⁶⁰Fundado em 1903, com capacidade para 200 leitos, o hospital contava com uma média de 5.000 mil pacientes em 1961 e ficou conhecido pelo genocídio em massa ocorrido, especialmente, entre as décadas de 60 e 80. Trens com vagões lotados (chamados de “trens de doido”), semelhantes aos dos campos de concentração alemães, despejavam diariamente os “dejetos humanos” para “tratamento” no hospital, conforme Arbex (2013).

Figura 31 – Cuidado da higiene de interno do Hospital Colônia – Barbacena (MG).



Fonte: (ARBEX, 2013, pp. 13-14).

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias os eletrochoques eram tantos e tão fortes que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, 16 pessoas morriam a cada dia e ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, mais de 1.800 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para 17 Faculdades de Medicina do país, sem que ninguém questionasse. Quando houve excesso de cadáveres e o mercado encolheu, os corpos passaram a ser decompostos em ácido, no pátio da Colônia, na frente dos pacientes ainda vivos, para que as ossadas pudessem ser comercializadas (ARBEX, 2013, p 14).

A situação de violação dos direitos humanos à qual eram submetidos os internos nesse manicômio brasileiro impressionou Franco Basaglia, quando esteve no Brasil e visitou o “Colônia”, em 1979. E na presença de uma coletiva de imprensa, afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (BASAGLIA, 2000, p. s/n). Os manicômios, não somente no Brasil, mas também em outros países, representaram lugares de confinamento e enclausuramento de pessoas etiquetadas de loucas do lado de fora do convívio social e de privação de direitos.

O outro aspecto muito importante da minha pesquisa ocorreu sobre o trabalho docente na Itália, mais precisamente na Província Autônoma de Trento, onde foi possível desenvolver contatos significativos e entrevistar alguns gestores, técnicos e docentes de escolas da rede pública, além de assistir a conferência proferida pela Ministra da Educação, *Stefania Giannini*

(em outubro/2015) sobre *la Legge n. 107/13, de luglio de 2015*, denominada a lei da *Buona Scuola* (lei da atual reforma na educação na Itália).

Saliento que realizei entrevistas com cinco docentes, dois gestores escolares e dois técnicos educacionais. O número de sujeitos participantes da pesquisa não me permite, metodologicamente, fazer um estudo comparativo sobre os dois contextos indicados. Faço, então, uma breve análise aproximativa entre as duas realidades investigadas, como forma de acercar-me da realidade do trabalho docente no contexto italiano, mais especificamente na Província Autônoma de Trento.

Portanto, neste capítulo apresento relatos e narrativas sobre o trabalho docente e adoecimento psíquico de professores em escolas da rede pública da província de Trento, no esforço de realizar uma breve análise aproximativa-comparativa com o trabalho docente no estado do Amapá que, apesar distância geográfica e das diferenças socioeconômicas, políticas e culturais, mostram-se bastante próximas em alguns aspectos.

Como já anunciado, saliento que esses dois aspectos da investigação realizada se completam no entendimento do meu objeto de investigação, “trabalho docente e sofrimento e adoecimento psíquico”, sobre o qual tenho me debruçado, no percurso deste estudo.

9. 2 Breves considerações sobre a educação na Itália

Em um discurso pronunciado em 24 de setembro de 1902, ao Congresso de Firenze da *Federazione Nazionale Insegnanti Scuola Media (FNISM)*¹⁶¹ sobre a escola média, Gaetano Salvemini¹⁶² descreveu a condição dos professores, à época, que, apesar dos anos, ainda parece retratar a realidade de muitos trabalhadores docentes na Itália, de forma bastante atual:

Um professor, que não se aprofunda em temas literários, artísticos ou filosóficos, mas se ocupa de salários, de pensões, de tendências de uso, agride a si mesmo - seria em vão disfarçar – contra as crenças intelectuais de muitas pessoas. Para o grande público, que não vive na escola, o professor não é um homem que come, dorme e veste roupas: é um ser abstrato, independente por leis fisiológicas de nutrição, colocado em um mundo ideal, onde não tem necessidades, nem preocupações, nem dor e come somente bagas de loureiro e cipreste. É quando esse ser convencional desce dos céus azuis, onde ele não teria nada para fazer, além de disputar o espaço dos anjos e dos passarinhos, e revela as misérias e injustiças das quais é vítima, e afirma que antes de ser professor, ele é homem, os demais se escandalizam e gritam em tom de reprovação: “pensem no ideal, nem só de pão vive o homem”. Claro que o ideal é um bom viático para as lutas da vida, e nós temos: temos até demais; mas

¹⁶¹*Federazione Nazionale Insegnanti Scuola Media (FNISM)*.

¹⁶²Historiador, professor, ensaísta e jornalista. Ele nasceu em Molfetta (Itália), em 1873, formou-se em Artes em Florença, apreciava as teorias marxistas, desenvolveu uma forte crença na defesa dos oprimidos, se aliou ao Partido Socialista. Disponível em: <<http://www.istitutosalvemini.it/gaetano-salvemini.html>>. Acesso em: 01 fev. 2017).

isso não significa que é o justo. As necessárias melhorias das nossas condições materiais não devam ser objeto de nossas preocupações e do nosso cuidado! Não só de pão vive o homem; mas antes de tudo, vive de pão! (SALVEMINI, 1902 *APUD* GREMIGNI, 2012, p. 23).

Talvez o texto acima revele algumas das razões dos baixos salários dos docentes e o porquê de grande parte da população não compreender nem aceitar os movimentos grevistas dos professores e reivindicações por melhores condições de trabalho e valorização da profissão. Provavelmente, explicam-se por essas representações sociais dos docentes se propagarem como entes abstratos e angelicais guiados por ideais tão nobres como a educação, e, talvez, só necessitem dos próprios ideais para viver e ser feliz.

9.2.1. O trabalho docente na Itália

“A organização dos sistemas escolares é um relevante fator que influencia o desenvolvimento cultural e econômico de um país e pode assumir um papel decisivo na superação das desigualdades sociais”. (OECD¹⁶³, 2010) (Tradução minha).

A Itália é um dos países da União Europeia onde os professores do ensino básico têm os salários mais baixos¹⁶⁴. Um estudo promovido pela Rede de Informações sobre a Educação na Europa (Eurydice)¹⁶⁵ fornece dados sobre a média de salários dos países da União Europeia.

Segundo observações pessoais e leituras realizadas sobre a educação e o trabalho docente na Itália, entre as problemáticas que vivem os trabalhadores docentes nesse país, o que mais me chamou a atenção foi a forma de efetivação dos docentes no serviço público após o processo seletivo. Os docentes participam de um processo seletivo, porém, ficam em uma lista classificatória, conforme a pontuação obtida, por anos. Durante a espera pela sonhada efetivação, eles precisam alimentar a classificação obtida através de cursos no âmbito

¹⁶³Conforme a Organização para o Desenvolvimento Econômico. Texto original: “L’organizzazione dei sistemi scolastici è un importante fattore che influisce sullo sviluppo culturale ed economico di un Paese e può assumere un ruolo decisivo nel superamento delle disuguaglianze sociali (OECD, 2010).

¹⁶⁴ Mapa sobre os salários dos docentes na Europa. Disponível em: <<http://www.orizzontescuola.it/quanto-guadagnano-insegnanti-europa-mappa-del-sole24ore-d-quadro-esaustivo/>>. Acesso em 5 nov. 2015>.

¹⁶⁵A EURYDICE foi instituída através da Comissão Europeia e dos Estados Membros, em 1980, para incrementar a cooperação no setor educativo, com o objetivo de melhorar o conhecimento dos sistemas e das políticas nesse âmbito. A partir de 1995 a EURYDICE faz parte integrante do *Sócrates*, um Programa de ação comunitária em matéria de educação e a partir de 2014 faz parte do *Erasmus*, outro Programa europeu para a educação, formação, juventude e o esporte. A unidade italiana atua desde 1985, no âmbito da rede europeia de informações sobre a educação sob a responsabilidade do *Ministerio dell’Intruzione, dell’Università e della Ricerca (MIUR)*. Conforme informações contidas no site:

<http://www.indire.it/eurydice/content/index.php?action=read_cnt&id_cnt=15120>.

da formação pedagógica e comprovação de experiência na docência para se manterem e aumentar a sua pontuação, e assim permanecerem preparados para a concorrência com os demais colegas que se encontram na mesma situação.

Enquanto não são chamados, os professores ficam trabalhando em forma de contratos temporários, sem direitos trabalhistas e sem segurança pessoal. Os professores que atuam nessas condições são chamados de “professores precários” pelo coletivo social.

Elena Gremigni (2012) apresenta e analisa os fundamentos históricos, sociais e políticos sobre as condições do trabalho “*precariato docente*” nas escolas italianas. Para essa autora,

o tema aparece crucial do momento em que frequentemente esses “trabalhadores do conhecimento”, vítimas de crescentes formas de proletarização vivem frustrados nas suas legítimas aspirações ao conhecimento (social e material) e do seu profissionalismo, com consequências significativas para a qualidade completa da educação pública. (GREMIGNI, 2012, p. 7)¹⁶⁶

Segundo Gremigni (2012), a insegurança e a precária situação de vínculo trabalhista dos professores italianos refletem as remotas origens e constituem um fenômeno estrutural do sistema escolar da Itália. Segundo essa autora, a seleção dos docentes muitas vezes negligencia os requisitos profissionais e de mérito, produzindo um número de aspirantes à profissão docente muito superior às necessidades reais da escola.

A forma de seleção dos professores, declara Gremigni, já não respeita o que vem prescrito no Artigo 97 da Constituição italiana, na qual se afirma que o ingresso de docentes no sistema de ensino deve ser através do concurso público, como canal ordinal. Porém, além dessa maneira de ingresso, existem outras formas que fazem com que *il professore precario* ao cargo de professor efetivo ou *professore di ruolo*, como é dito na língua italiana, passe anos na fila, trabalhando no *precariato*, investindo recursos próprios em cursos de capacitação para manter uma boa pontuação e classificação e continuar na lista de espera, na expectativa de se tornar efetivo. Mais à frente apresento relatos de alguns professores sobre essa longa, exaustiva e, muitas vezes, frustrante espera.

Na ausência de uma política de programação para a promoção mais justa para alguns críticos do sistema de ingresso ao cargo de professor efetivo nas escolas públicas italianas, aumentam sem medida os jovens docentes preparados em seus percursos através da realização

¹⁶⁶Texto original: “Il tema appare cruciale dal momento che spesso questi “lavoratori della conoscenza”, vittime di crescenti forme di proletarizzazione, vedono frustrate le loro legittime aspirazioni al riconoscimento (sociale e materiale) della loro professionalità, con conseguenze significative sulla qualità complessiva dell’istruzione pubblica (GREMIGNI, 2012, p. 7).

de breves cursos preparatórios e reservados para a qualificação docente ou através de formação das *Scuole di Specializzazione per la formazione degli Insegnanti della scuola Secondaria* (SSIS). Esses jovens professores que, em muitos casos, passam à frente na lista de classificação dos docentes com ampla experiência profissional, mas sem a posse desses cursos, contribuem para aumentar o nível de insatisfação desse coletivo de professores nessa condição, com o sistema de seleção ao cargo efetivo.

As SSIS foram instituídas em 1999, junto às universidades, como um canal de especialização didático-pedagógica para os aspirantes a docentes. Essa formação prevê uma prova seletiva de acesso com percurso de dois anos de formação e com uma carga horária de 1.200 horas, das quais 300 horas são de estágio. Gremigni (2012, 2013) relata que, no mesmo ano da criação das SSIS, foram banidos os concursos específicos para cátedras para qualquer ordem de escolas e foi instituída uma nova lei (*Legge 3 maggio 1999, n. 124*), que estabeleceu outros cursos preparatórios, com duração de 120 horas, reservados aos professores que trabalharam pelo menos 365 dias (GREMIGNI, 2012, 2013), complexificando o sistema de ingresso e efetivação dos professores aspirantes ao cargo.

Essa condição parece constituir a situação atual de milhares de docentes que se encontram em listas superlotadas de espera, os quais sabem que apenas uma parte daqueles professores habilitados ou pluri-habilitados poderá alcançar o almejado objetivo: tornar-se professor efetivo. Enquanto compõem essa longa fila de espera, esses profissionais desenvolvem o ensino temporário em escolas e localidades diferentes. Essa situação de instabilidade de vínculo profissional, de acordo com Gremigni (2013, p. 106), “[...] produz formas de desconforto que contribuem para agravar a crise do sistema escolar italiano”.

Para tentar oferecer uma noção mais clara e simples sobre a realidade dos docentes que se encontram na forma de *precaricato* no sistema escolar italiano e lutam pela vinculação efetiva, apresento alguns relatos de docentes que sofrem e “vivem na própria pele” o desgaste subjetivo e social da profissão docente.

9.2.2 Histórias e relatos docentes

Nas entrevistas realizadas com professores italianos, eles avaliam que o *status* do professor no imaginário coletivo social tem sido muito rebaixado. Os professores são considerados “uma classe que trabalha pouco, tem muitos dias de férias” e os próprios genitores desconstroem a importância do professor para seus filhos, quando afirmam que

“esses ganham pouco, menos que uma pessoa que exerce a profissão de mecânico”, por exemplo.

Na visão dos docentes entrevistados, um professor que exerce a função de precário “vive uma certa angústia e ansiedade, sem planos prolongados para o futuro”. Tem a vida limitada àquele período que é contratado, vive aflito, na expectativa de se tornar um professor de *ruolo* (efetivo). Quando perguntei ao entrevistado se ele era casado e se tinha filhos, respondeu-me que “os filhos são pensados para o futuro, na esperança de se tornar um professor efetivo”.

Essa situação de precarização trabalhista dos docentes remete não somente ao poder econômico de uma classe, mas também à precarização social e moral frente à sociedade de um grupo de profissionais que outrora era respeitado e com grande prestígio perante a sociedade. Isso me conduz a Bourdieu quando fala sobre a formação dos grupos sociais, tendo como base a distinção de poder simbólico, do valor social, como critério que diferencia as classes:

O valor social, crédito ou descrédito, reputação ou prestígio, respeitabilidade ou honorabilidade, não é o produto das representações que os agentes realizam ou fazem de si, e o ser social não é meramente um ser percebido. (BOURDIEU, 2011c, pp. 110-111).

A fala de Bourdieu me faz pensar e questionar: quais seriam os símbolos de reconhecimento da profissão docente? Qual é o capital simbólico dos professores em uma sociedade altamente materializada, prisioneira dos valores e dos símbolos do poder econômico? Por que é atribuído um valor tão desproporcional a essa relevante profissão que produz tantas formas de capitais primordiais para essa própria sociedade, por exemplo, o capital intelectual, moral, ético, educacional e outras formas imateriais de capitais?

Na Itália, para tornar-se um professor efetivo é uma verdadeira *via crucis*, afirma Gremigni (2012, p. 65)¹⁶⁷: “parece certo que o percurso para a conquista de uma vaga efetiva continua sendo configurado como um longa e extenuante *via crucis*”. Esse exaustivo percurso aparece explicitamente nos relatos de professores e professoras, coletados por Gremigni (2012), em forma de cartas dirigidas, em diferentes épocas, aos ministros da educação e até ao “Papai Noel”, como forma de protesto. Apresento alguns fragmentos dessas cartas que expressam variados tipos de sentimento e sofrimento de docentes que vivem a triste realidade do trabalho precário.

¹⁶⁷Texto original: “*appare certo è che il percorso per la conquista di un posto di ruolo continua a essere configurato come una lunga ed estenuante via crucis*” (GREMIGNI, 2012, P. 65).

“Ser” professor precário significa viver de novo, a cada ano, o constrangimento de uma nova realidade territorial e humana, se encarregando de mudar a própria personalidade em uma espécie de mimetismo. (Carta Assinada (Nápoles), em "The Technical School", 23, 20 de Julho de 2004)¹⁶⁸.

Excelentíssimo ministro Fioroni, sou uma professora precária por 15 anos. Não lhe contarei a minha história profissional que já se assemelha a tantas outras de meus colegas. A intenção é, no entanto, para transmitir um estado de espírito "perene", das condições de vida impostas causado por este sistema absurdo. [...]. Ser precário, significa que precário é o teu equilíbrio: radiante á renovação, deprimido e nervoso no final do contrato. (Carta assinada, em “La Tecnica della Scuola”, 6, 20 novembro 2006, *apud* GREMIGNI, 2012, p. 94)¹⁶⁹.

Sou uma professora precária por 12 anos. [...]. Ao longo dos anos eu percebi que a situação dos trabalhadores temporários não melhora, mas que piora ainda mais. [...]. Hoje me encontro, depois de 12 anos de insegurança, ficando permanentemente na terceira faixa, em uma posição nada favorável (142 de 191) e com tantos colegas (90) muito mais jovens do que eu, que fizeram a qualificação através SSIS e, portanto, 'merecedores' dos famosos 30 pontos, além da avaliação da votação por certificação, poucos anos de serviço (2/4) e o jogo está feito! [...]. Neste ponto, gostaria de saber se é justo que os colegas mais jovens, também 10/12 anos e com pouquíssimos anos de serviço tenham precedência sobre nós "velhos precários", seja pela contratação provisória ou por admissões efetivas? (Nome omitido, Carbonia (CA), em "The Technical School", 3, 5 Outubro de 2004, *apud* GREMIGNI, 2012, p. 77)¹⁷⁰.

Excelentíssimo Ministro, eu sou uma professora precária qualquer da província de Nápoles. Na verdade, eu defino precária dos precários, porque na realidade, trabalho como uma suplente temporária. Quando o telefone toca, eu corro. Defino-me precária qualquer, porque você senhor Ministro me fez senti assim, quando eu li na nova lei Financiaría, o novo Artigo 66, do Orçamento, no ponto 1, que aboliu as listas permanentes. Tratam-nos assim, como se fôssemos nomes e números, quaisquer, sem sentidos colocados em orem como uma lista telefônica. É como se por lei cancelasse uma parte de mim, da minha vida privada e profissional – uma não prescinde da outra – fazendo-me sentir humilhada. Humilhada porque eu me sinto explorada, traída nas expectativas, nas esperanças, nos sonhos, nos projetos para um futuro mais pacífico para oferecer à minha filha. Um castelo construído na

¹⁶⁸Texto original: “‘Essere’ docente precario significa vivere ex novo, ogni anno, l’imbarazzo di una nuova realtà territoriale ed umana e farsene carico mutando la propria personalità in una sorta di mimesi”. (Lettera firmata (Napoli), in “La Tecnica della Scuola”, 23, 20 luglio 2004).

¹⁶⁹Texto original: “Egregio ministro Fioroni, sono una docente precaria da 15 anni. Non le racconterò la mia storia professionale che assomiglia alle tante, significative, già scritte dai miei colleghi. L’intento è, invece, quello di trasmetterle uno stato d’animo “perenne”, causato dalle condizioni di vita imposte da questo assurdo sistema. [...]. Essere precari significa che precário è il tuo equilibrio: raggianti al rinnovo, depresso e nervoso a fine contratto. (Lettera firmata, in “La Tecnica della Scuola”, 6, 20 novembre 2006, *apud* Gremigni, 2012, p. 94).

¹⁷⁰Sono un’insegnante precaria da 12 anni. [...]. Col passare degli anni mi sono resa conto che la situazione dei precari non migliora, anzi peggiora sempre più [...]. Oggi mi ritrovo, dopo 12 anni di precariato, in graduatoria permanente in terza fascia, in una posizione per niente favorevole (142 su 191) e con tanti colleghi (circa 90) molto più giovani di me, che hanno fatto l’abilitazione tramite la SSIS e per questo ‘meritevoli’ dei famosi 30 punti, a cui si aggiungono la valutazione del voto di abilitazione, pochi anni di servizio (2/4) e il gioco è fatto! [...]. A questo punto mi chiedo se è giusto che dei colleghi più giovani anche di 10/12 anni e con pochissimi anni di servizio abbiano la precedenza su noi “vecchi precari” sia per le nomine a tempo determinato sia per le immissioni in ruolo? (Lettera firmata, Carbonia (CA), in “La Tecnica della Scuola”, 3, 5 ottobre 2004, *apud* Gremigni, 2012, p. 77).

areia, levado por uma onda anômala. [...]. As listas permanentes garantem isso, uma certeza na precariedade. [...]. (GREMIGNI, 2012, p. 84)¹⁷¹

Querido Papai Noel, dirijo-lhe de novo neste ano, mais uma carta um pouco particular. Você deve saber que nesses lugares onde os sonhos aprendem a andar (a aqui chamadas escolas), cerca de 250.000 treinadores de homens (que chamamos de professores) trabalhadores temporários (ou seja, aqueles que vivem e trabalham no momento), dão a alma, todos os dias [...]. Uma vez que, por um erro singular de perspectiva, o Governo decidiu eliminar não o precariado, mas os precários, o ofício de homem, para essas pessoas e suas famílias, tornou-se ainda mais difícil. Querido Papai Noel, este ano eu gostaria de pedir-lhe um presente especial. Desejo, para os meus filhos, uma escola normal, onde os professores que formam os homens de amanhã não sejam escolhidos ao acaso (GREMIGNI, 2012, pp. 86-87)¹⁷².

Esses relatos em forma de desabafo e protesto de professores italianos às autoridades do Ministério da Educação na Itália revelam parte da experiência subjetiva desgastada e marcada pela angústia, tristeza e sofrimento expressos em décadas anteriores, mas que ainda se constituem uma realidade no momento atual na Itália.

O período de permanência em Trento correspondeu a um tempo de muitas discussões sobre a nova da lei da reforma do sistema de educação italiano. A Lei n. 107, de 13 de julho de 2015, vigente a partir de 16 de julho de 2015, chamada de *Legge della Buona Scuola* que visa “afrontar os nós estruturais” da escola italiana, na visão da própria Lei.

Os pontos centrais dessa lei fazem referência à “plena autonomia da escola”; à efetivação de docentes que vivem sob a forma de professor precário; à aproximação dos jovens durante a formação com o mercado de trabalho, prolongando o tempo de estágios; à aplicação de recursos estáveis para a formação e a valorização dos professores e aos investimentos *ad doc* para laboratórios e materiais digitais (MIUR, 2015). Sobre a autonomia,

¹⁷¹Texto original: “*Egregio sig. Ministro, sono un'insegnante precaria qualunque nell'affollatissima provincia di Napoli. Anzi, mi definisco precaria dei precari, perché in realtà lavoro come supplente temporanea. Quando squilla il telefono, io corro. Mi definisco precaria qualunque perché Lei signor Ministro mi ha fatto sentire così quando ho letto nella nuova legge Finanziaria l'articolo 66 che, al comma 1, abolisce le graduatorie permanenti. Ci ha trattato così, come se fossimo nomi e numeri qualunque, senza senso, messi in ordine come un elenco telefonico, che, con un colpo di spugna vanno lavati via. È come se per legge si cancellasse una parte di me, della mia vita privata e professionale – l'una non prescinde dall'altra – rimettendola in discussione, facendomi sentire umiliata. Umiliata perché mi sento sfruttata, tradita nelle aspettative, nelle speranze, nei sogni, nei progetti per un futuro più sereno da offrire a mia figlia. Un castello costruito sulla sabbia, portato via da un'onda anomala. [...]. Le graduatorie permanenti garantiscono ciò. Una certezza nella precarietà. [...].* (GREMIGNI, 2012, p. 84).

¹⁷²Texto original: “*Caro Babbo Natale, riecconi anche quest'anno ma con una lettera un po' particolare. Devi sapere che in quei luoghi dove i sogni imparano a camminare (qui chiamati scuole), circa 250.000 allenatori di uomini (da noi detti insegnanti) precari (ovvero, coloro che vivono e lavorano per il momento), danno l'anima, ogni giorno. [...]. Da quando, per un singolare errore di prospettiva, il Governo ha deciso di eliminare non il precariato ma i precari, il mestiere di uomo, per queste persone e le loro famiglie, è diventato ancora più difficile. Caro Babbo Natale, quest'anno vorrei chiederti un regalo speciale. Desidero, per i miei figli, una scuola normale, dove gli insegnanti che formano gli uomini di domani non siano scelti a casaccio*” (GREMIGNI, 2012, pp. 86-87).

um dos pontos mais polêmicos da *Buona Scuola* é a concessão de “maiores poderes” aos gestores escolares, inclusive referentes à avaliação dos docentes. As opiniões dos professores italianos entrevistados pareciam confusas quando se pronunciavam a respeito da *Buona Scuola*, como se nota nas narrativas a seguir.

Agora com essa Nova Lei parece que as coisas vão numa direção diversa. Da *Buona Scuola*, o que eu gosto é que mantiveram a abertura ao mundo trabalho, a abertura *versus* externo. E então permite aos alunos da escola média fazer uma experiência de trabalho fora da escola. Percebi que, por muitos anos, os alunos quando deveriam se confrontar com o mundo exterior não sabiam o que deveriam fazer. Essa abertura lhes deu mais motivação. Permite aos alunos fazer uma alternância escola-trabalho. No marco dos últimos três anos. Devem fazer dois anos desta experiência, através de estágio que a escola deve prover. Sobre a avaliação dos docentes, isso eu gosto menos. Sou a favor que os diretores tenham mais poder, os dirigentes conhecem a escola, sabem quem trabalha e quem não trabalha e então dar a possibilidade disso é um aspecto importante. [...] Dar o mérito a quem tem. Não fazê-lo de maneira subjetiva, porém, a lei não prevê os critérios de avaliação. Esse é um elemento negativo. (Prof. Giuseppe)

Sobre o poder atribuído aos gestores escolares, na perspectiva da *Nuova Scuola*, “o dirigente escolástico torna-se um líder educativo”, e isso “diminui a burocracia e favorece uma atenção mais focada na organização da vida escolar”. Essa autonomia e maiores poderes atribuídos aos gestores escolares pareciam causar nos professores insegurança e preocupação, principalmente pelo medo de cair em avaliações subjetivistas. As medidas da reforma contidas na *Buona Scuola* começaram a se efetivarem em 2016.

9.3 Visitas a escolas italianas

Ao longo da minha estada em Trento, curta, porém intensa, foi possível visitar duas escolas, entrevistar dois gestores, cinco docentes e dois técnicos administrativos, assessores do diretor escolar. A primeira visita ocorreu no *Liceo Cientifico Leonardo da Vinci di Trento*¹⁷³, escola que conheci logo recém-chegada a Trento, na ocasião da palestra com a Ministra da Educação da Itália, *Stefania Giannini*. Posteriormente, através de mediações

¹⁷³O Liceu “Leonardo da Vinci” de Trento foi criado pela Província Autônoma de Trento em 1975, quando, à época, o único liceu existente era o “Galileo Galilei” em Trento que já não comportava mais a grande demanda estudantil. O edifício onde funciona a escola é de 1863, onde antes funcionou o “Collegio Convitto Vescovile” e depois, por muito tempo o “Seminario Minore della Diocesi” de Trento. Conforme informações contidas em: <<http://liceodavincitn.it/il-liceo/storia/>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

relacionais facilitadoras, da minha orientadora no PDSE, foi possível uma aproximação com a gestora dessa escola, a Dra. Valentina Zanolla¹⁷⁴, que me concedeu uma entrevista.

Figura 32 - Liceo Cientifico Leonardo da Vinci di Trento



Fonte: Acervo pessoal da autora

Figura 33 - Ambiente interno da escola



Fonte: Acervo pessoal da autora (out./2015).

¹⁷⁴Graduada em Língua Oriental. Diretora escolar há cinco anos, antes de ser diretora trabalhava como professora de inglês em uma escola primária. Informa que para fazer o concurso para o cargo de gestão escolar são necessários, no mínimo, cinco anos de docência.

Nessa entrevista, a diretora pontuou alguns relevantes aspectos sobre a realidade da educação na Itália, do cotidiano escolar e do sofrimento de docentes, dos quais cito:

A Autonomia de Trento: a situação de Trento é um pouco diferente, pois consegue investir nas escolas mais recursos que em outras escolas italianas, tem mais fundo para administrar, devido à autonomia política, mas mesmo assim, ainda existem problemas com a falta de recursos. Com a Lei *La Buona Scuola* um dos pontos mais criticados pelos professores é o que faz referência à autonomia dada aos gestores na avaliação dos docentes.

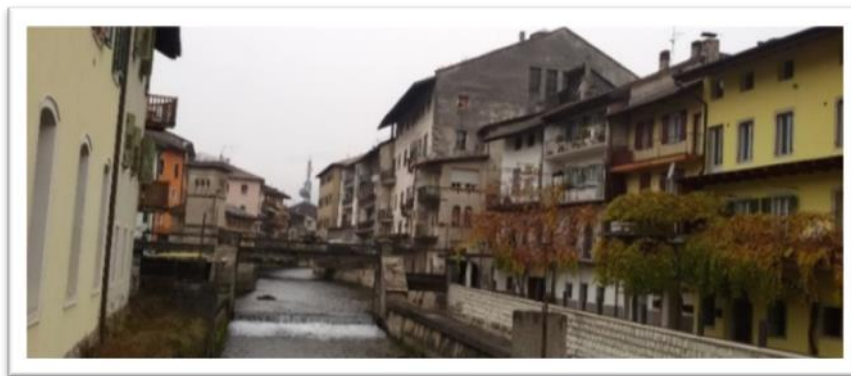
Problemas do cotidiano: o Liceu “Leonardo Da Vinci” tem 1.200 alunos e 120 docentes. Como liceu, temos muita sorte, que não tem muitos problemas com os alunos, porque eles são selecionados e manifestam desejo de estudar. Um problema mais acentuado refere-se ao número elevado de propostas de projetos, que às vezes não temos como atuar, às vezes pela ausência de recursos financeiros da escola ou das famílias. Às vezes os alunos ficam descontentes porque os professores não atuam bem. [...] Os docentes que têm ainda uma tipologia da velha didática ou não se ajustam aos alunos de hoje. [...] Às vezes são professores que não conseguem ter a atenção dos docentes durante as aulas ou trabalham com pouca paixão.

Doenças dos professores: não tive nenhum nesta escola, mas em outras existem professores que sofrem porque se sentem inadequados com a didática ou com os alunos, e quando entram em crise, a passam trabalhar ainda pior e isso entra em atrito com os colegas. Estes dizem que professores não desempenham bem suas funções, isso gera problemas com os alunos, com os pais... Hoje as famílias cobram mais. Assim os professores com problemas sofrem e se tornam mais solitários e com essas situações se encontram muito triste.

Como são ajudados os professores: procuro falar com os professores para ver o que não está bem e dar sugestões, mas não funciona muito, porque são conselhos do diretor. Temos a figura do *counseling* que atua como um inspetor. Temos também um psicólogo, mas está mais relacionado ao atendimento aos alunos e não aos docentes. Quando o professor não atua mal é chamado um inspetor, ele não vai avaliar a situação do docente, mais o problema. Este pode também retirar o professor da escola. Os professores com problemas de saúde são enviados para acompanhamentos no sistema de saúde.

A segunda escola visitada foi o *Istituto di Istruzione Alcides Degaspari* em Bolgo Valsugana, cidade da Província Autônoma de Trento, a vinte minutos de trem de Trento, com 6.939 habitantes (censo de 2015). O Instituto “Alcides Degaspari” foi fundado em 1996 e iniciou suas atividades em setembro do mesmo ano. A escola está situada em frente ao rio *Brenta* que atravessa a cidade, como se pode perceber na foto abaixo. Nessa escola entrevistei o diretor escolar e dois professores.

Figura 34 - Parte central da cidade de Bolgo Valsugana.



Fonte: acervo pessoal da autora

Figura 35 - Istituto di Istruzione “Alcides Degaspari”



Fonte: Acervo pessoal da autora.

9. 3. 1 Trabalho docente: aspectos aproximativos e comparativos: Trento (Itália) e Amapá (Brasil)

A maior parte dos países, nesse atual contexto de transformações, sente a necessidade de ir além do contexto nacional e de levar em conta a experiência coletiva de outras sociedades, em vários campos da vida social, conforme Tardif e Lessard (2014). Para esses estudiosos, na educação essa necessidade “é patente e inevitável”, pois é verdade que os sistemas educativos da maior parte das sociedades ocidentais sofrem, atualmente, evoluções ou, pelo menos, são amplamente convergentes, o que, segundo esses autores,

[...] significa que, no seu seio, as mulheres e os homens que têm como profissão ensinar vivem igualmente, em vários casos, situações que se assemelham, nem que fosse ao menos pela presença ocasional das mesmas questões ou dos mesmos problemas. (TADIF; LESSARD, 2014, p. 7)

Na visão desses autores, os profissionais docentes experimentam, em vários casos, situações parecidas no tocante a questões e problemas específicos no cotidiano escolar. Os autores apresentam alguns estudos sobre o ofício do professor em alguns países — Inglaterra, Bélgica, Canadá, Quebec, Estados Unidos, França, Suíça e Brasil — que, de certa forma, confirmam esses pressupostos. Embora cada sociedade possua suas características culturais e estruturais diferenciadas, nesse novo contexto de transformações e interculturalidades existem problemáticas e desafios, no âmbito da educação e do trabalho docente, que se assemelham.

Em abril de 2016, participando de Grupos de Trabalho no Colóquio Internacional da *Association Internationale pour la Recherche Interculturelle (ARIC)*, em Olinda, no estado de Pernambuco, onde apresentei essa experiência de pesquisa, observei que as discussões em torno da educação, em vários países ali representados: Argélia, Canadá, França, Itália, Brasil, entre outros tratavam de problemáticas e questões bastante semelhantes, por exemplo, o processo migratório instalado, principalmente nos países da Europa, onde a atual e desafiadora problemática social da migração interpela os professores e demandam-lhes competências, além de adequações pedagógicas, capacidades pessoais para lidar com a diversidade cultural e religiosa de alunos provenientes de contextos culturais tão diferenciados.

Neste estudo sobre o trabalho docente e sofrimento psíquico de professores de escolas públicas da rede estadual do Amapá (Brasil) e de algumas escolas públicas em Trento (Itália), tive como objetivo realizar uma breve aproximação-comparativa das dificuldades, desafios e formas de adoecimento vivenciadas por esses profissionais. Apesar de os dois campos espaciais constituírem realidades geográficas e culturais tão distintas, foi possível identificar algumas dissonâncias e afinidades associadas ao trabalho docente destacadas a seguir.

9.3.2 Distâncias e dissonâncias

Apresento, de forma breve, algumas dimensões temáticas referidas nas narrativas docentes amapaenses e trentinos como exemplos que contemplam, em parte, essas dissonâncias:

Condições de trabalho: no Amapá, grande parte das escolas possuem estruturas precárias e ambientes inapropriados que não favorecem o bom desempenho do trabalho docente e que contribuem para o adoecimento dos professores, como o revelam os seguintes relatos:

[...] ao longo da minha carreira eu tenho trabalhado em escolas desconfortáveis, ambientes sujos, escolas feias, mal projetadas, quentes, quebradas [...]. Sem espaços adequados para desenvolver atividades didáticas adequadas, então, essas constatações, que não é só de uma escola ou duas [...]. O reflexo disso ao longo do tempo é notório. Você adocece! Você se sente mal [...] A autoestima também do professor por trabalhar em um ambiente tão feio, tão insalubre ela é prejudicada muito. (Professora do Amapá/Brasil)

Na minha escola falta tudo, você não tem, inicialmente, você não tem um prédio, aquele prédio foi reformado quando eu entrei lá, em 1993 ele foi reformado, então mais de 20 anos. Então, o que falta, primeiramente uma reforma, uma pintura, cadeiras novas, falta o material mínimo para a gente trabalhar [...] o mínimo, pincel, apagador, você recebe no início do ano um pincel, um apagador, pronto né? E falta na parte física né? (Professora do Amapá-Brasil)

Em Trento, não obstante a excelência na estrutura de algumas escolas (visitei escolas bem equipadas), Gremigni (2012) menciona carência de recursos financeiros e didático-pedagógicos necessários ao trabalho docente:

Os professores que se dedicam exclusivamente ao ensino de disciplinas curriculares e afundam suas energias no interior das salas de aulas sempre mais numerosas, não recebem nenhum incentivo para o seu trabalho. [...] Nas escolas italianas faltam até mesmo os recursos essenciais para a realização de atividades de ensino normais. Nesta situação, a capacidade dos professores de tomada de decisão é fortemente limitada. Os professores têm de operar dentro de um sistema organizado de cima, e sofrem com do momento em que começam a entrar, de modo tão precário, na atividade de ensino. (GREMIGNI, 2012, p.14)¹⁷⁵

Os professores trentinos lembram que a Província de Trento possui autonomia financeira e política, o que favorece positivamente a administração dos recursos financeiros, mas, mesmo assim, as necessidades no campo da educação são patentes.

Tipo de vínculo docente: os professores da rede estadual no Amapá, em sua grande maioria, são docentes efetivos, embora, na insuficiência desses, a Secretaria de Educação (SEED) realize contratações provisórias. Na Itália, os docentes, para serem efetivados após o concurso, passam por realidade muito complexa. Muitos podem ficar anos nessa lista para se tornarem efetivos, porque, além da classificação, dependem da liberação de vagas e da pontuação aferida sobre a formação pessoal e experiência em docência. Enquanto não são efetivados ficam como suplentes e são denominados professores “precários”. Essa forma de trabalho, além de ser estigmatizante, gera grande instabilidade profissional e afeta a vida pessoal do docente por inteiro, como relata um dos meus interlocutores:

¹⁷⁵Texto original: “*I docenti che si dedicano esclusivamente all’insegnamento delle discipline curricolari e approfondono le loro energie all’interno di classi sempre più numerose non ricevono alcun incentivo per il loro lavoro. [...] Le scuole italiane sono invece carenti persino le risorse imprescindibili per lo svolgimento della normale attività didattica. In questa situazione, le possibilità decisionali dei docenti sono fortemente limitate. I professori si trovano a operare all’interno di un sistema, organizzato dall’alto, che subiscono sin dal momento in cui iniziano a intraprendere, in modo precario, l’attività di insegnamento Gremigni*” (2012, p.14).

Eu fui afortunado porque fui chamado logo, mas tenho colega que esperou 42 anos para se tornar professor estável. Os colegas suplentes vivem mal, porque de ano em ano devem esperar, não são jamais seguros, não podem assumir compromisso nem de natureza social, nem de natureza econômica. Não podem, por exemplo, comprar uma casa porque não têm um salário seguro. Não podem construir uma família porque não têm certeza. Os professores precários se sentem absolutamente frustrados. (Assessor técnico italiano)

Atuação dos sindicatos: no Amapá, o Sindicato dos Servidores Públicos em Educação no Amapá (SINSEPEAP) parece desempenhar um papel bastante ativo nas lutas pelos direitos trabalhistas dos professores. Na Itália, segundo os relatos dos docentes entrevistados, existem vários sindicatos, porém muitos são implicados na política partidária e não defendem as causas dos trabalhadores da educação.

Plano de carreira docente: no Amapá existe um plano de carreira e salários bem definido, respaldado pela Lei n. 0949/2005. Na Itália, os docentes não possuem um plano de cargos, carreira e salários e não recebem nenhum acréscimo financeiro associado à titulação e o salário de um professor doutor é equivalente ao do professor graduado. Os docentes ganham apenas ajustes percentuais por tempo de serviço. Segundo relatos de alguns professores, devido à crise financeira atualmente instalada no país, estão há quatro anos sem receber.

9.3.3 Aproximações interculturais do trabalho docente

Quanto aos aspectos afins interculturais, no âmbito do trabalho docente, foi possível observar vários pontos em comum, dentre os quais apresento alguns.

Percepções sobre a carreira docente: a carreira docente é percebida em ambos os contextos como uma profissão desvalorizada, estigmatizada, estressante, sem o devido reconhecimento e prestígio social e que porta muitas frustrações:

A gente carrega esse estigma dentro do nosso psicológico. Então a carreira do professor, não é uma carreira gloriosa, como um magistrado, como um advogado, como um promotor, como o doutor, então o professor é como um peãozinho dentro da sociedade né? (Professora do Amapá-Brasil)

O adoecimento do professor na verdade, é tudo história trágica, de existência, quase todos, não podemos generalizar, mas se a gente for fazer um estudo, 80% dos professores tiveram uma vida privada, vieram de classes baixa, galgaram com muito esforço, essa profissão e tem os preconceitos em cima dessa profissão. Hoje professor é como se fosse aquele incapaz de ter outra profissão mais elevada, é o como se fosse, o que me coube dentro do mercado de trabalho. (Professora do Amapá-Brasil)

Os professores aqui na Itália, no fim dos anos 50 e 60, os docentes tinham um papel social importante, dentro do país ou da cidade. Os professores e, também, os docentes da educação infantil, tinha um papel social igual aos sacerdotes, ao

prefeito, para fazer um exemplo. Nas festas eram convidados o prefeito, o sacerdote, o chefe de polícia e o professor. Porque eram aquelas figuras que tinha um papel social importante. E dos anos 70 para cá, essa função tem caído muito e agora é um pouco mais que nada, no meu ponto de vista tem uma estima baixa. Baixa do professor. E isto porta frustrações e mal-estar aos professores. (Professor de Trento - Itália)

Queixas relacionadas à profissão docente: são vários os descontentamentos com a profissão. Entre as queixas principais cito as insatisfações com os baixos salários, com os gestores, o cansaço, a falta do reconhecimento, entre outras:

Existe a questão financeira. O trabalho, às vezes, não compensa financeiramente. O professor vive eternamente apertado, tentando conciliar é [...] perdas trabalhistas [...]. Tentando enxugar gastos na família [...]. Isso também de alguma forma afeta negativamente e psicologicamente a gente, então, o fator financeiro também é um aspecto imprescindível [...]. É a sobrevivência [...] É a manutenção da vida. Quando isso está em risco, quando você não consegue, principalmente, a mulher [...]. Está adoecida e o aspecto econômico não favorece [...] Nós não temos plano de saúde [...]. Então, são vários fatores que o trabalho interfere negativamente. (Professora do Amapá-Brasil)

Se lamentam da sala de aula, se lamentam que trabalham muito e do cansaço, se lamentam dos diretores, os diretores são a figura mais odiada no interior de uma escola e depois se queixam do salário, muito baixo. Os professores de ensino médio aqui na Itália média ganham 1.800 euros e basta. Não tem diferença do ano que entra e, também, daquele que trabalha há 20 anos. Não temos um plano de carreira. Nem a titulação é considerada para o aumento salarial. (Professor de Trento-Itália)

Tipos de adoecimentos: no levantamento realizado na Casa do Professor, identifiquei uma diversidade de diagnósticos no campo das doenças que afetam os docentes, tanto na esfera orgânica quanto psíquica. No âmbito dos transtornos mentais, observei que a maioria dos diagnósticos está relacionada aos transtornos depressivos e de ansiedade. Em Trento, visitei um Centro de Saúde Mental, obtive a estatística dos diagnósticos em geral, mas não foi possível ter acesso ao material específico dos professores. Apresento, portanto, apenas algumas narrativas que expressam a condição de mal-estar e de adoecimento de forma muito semelhante:

Você se sente vazio e você não encontra resposta pra nada. É... A depressão é uma doença silenciosa, então, quando você percebe [...] Eu sempre gosto de dizer que a depressão é um tipo de câncer também, porque o câncer [...] Ele vem silencioso e na hora que você descobre [...] Você já está no meio do abismo [...] No abismo na verdade, e a depressão você vem somando [...] São vários problemas [...] Você não percebe e vai acumulando, vai guardando aquilo ali dentro e quando você percebe [...] Se a gente não tivesse o apoio da família, a gente fica louco mesmo [...] A gente vai à morte mesmo, porque a depressão mata mesmo [...]. (Professora do Amapá-Brasil)

Na minha experiência não tive colegas que tenham ficado fortemente doentes, talvez alguns tenham mostrado algum quadro de doença, mas ligado ao lado pessoal e reunido a experiência da escola, talvez tenham levado a este mal-estar. Então, mais que uma experiência psiquiátrica ou psicológica, a experiência que tive, é do *burnout* em colegas com rejeição ao trabalho, gente que não desejava entrar na sala de aula ou colegas que entravam em classe chorando, em frente aos alunos, porque não conseguiam administrá-los, não conseguiam manter a atenção dos alunos, isso sim, são experiências que vi (Professor de Trento-Itália).

Nas entrevistas realizadas com os professores italianos percebi certa “inibição” ao falar do adoecimento docente, entretanto, D’Oria (2010) apresenta um estudo realizado pela União Europeia, em 2008, no qual diz que um terço dos profissionais docentes, na Itália, resulta afetado por algum tipo de psicopatologia. Segundo os dados evidenciados nesse estudo, 2,4% sofre de alguma forma de psicose, e 12% por distúrbios depressivos, sem falar de outras formas de doenças mentais: distúrbios de adaptação, de personalidade, etc.. D’Oria (2010) também apresenta uma densa coletânea de histórias, experiências e testemunhos de professores adoecidos que, segundo o autor, “agiam na sala de aula como ‘zumbis’, sem nenhum tipo de ajuda”. Esse autor também destaca a Síndrome de *Burnout* como sendo o grande responsável pelo desgaste da saúde dos docentes italianos.

Crença e confiança na profissão como fator de mudança social: após dialogar e ouvir professores e professoras desses dois contextos socioculturais tão diferentes foi possível perceber, não obstante as dificuldades e descontentamentos alegados e associados à profissão, que ainda existe uma inegável crença e confiança dos docentes na profissão. Muitos deles acreditam na relevância de suas funções na formação do ser humano enquanto ser social e sentem-se agentes para a mudança social. Isso os move na realização do seu ofício.

Ainda escolheria sim, porque eu sou muito idealista, então eu acredito que só dentro dessa profissão você tem contato com o povo e pode transmitir os seus ideais não querendo que a pessoa adquira o seu ideal, mas pelo menos que você divulgue que ainda há necessidade de termos valores, éticos, morais, humanos e dentro das aulas a gente pode levar essa mensagem. Eu continuo acreditando, a minha bandeira eu não quero baixar tão cedo. (Professora do Amapá-Brasil)

Para mim ser professor foi uma escolha, porque eu pensei que ser professor era uma coisa importante, porque nos dá possibilidade de mudar, principalmente, quando não se vem de um contexto rico, então eu considero que a escola nos dá a possibilidade de mudar a própria vida em relação ao contexto de origem. Eu penso que nós professores podemos construir um apoio para os jovens. Esta é a minha satisfação de trabalhar para ajudar a mudar a vida dos jovens, oxalá, se consigo. (Professor de Trento-Itália)

Nas narrativas apresentadas pode-se perceber que, não obstante as dificuldades, desafios e ambiguidades do trabalho docente, alguns professores ainda continuam defendendo sua profissão com positividade e valor social.

9.4 O trabalho docente e o adoecimento psíquico: Amapá e Trento

Os aspectos comparados sobre o trabalho docente em escolas públicas do Amapá (Brasil) e de algumas escolas da cidade de Trento (Itália) apresentados nesta Tese correspondem a uma breve amostra da pesquisa realizada e, portanto, devem ser considerados um simples *flash* sobre o trabalho docente, nos dois contextos investigados.

Os professores se veem afetados em sua atividade profissional por várias circunstâncias em seus países e em suas realidades locais de trabalho, entre as quais: condições sociais, econômicas, políticas, culturais e estruturais. A mudança social acelerada, a crise econômica, a crise na educação e dos valores constituem um problema que se reflete no cotidiano do trabalhador docente.

Entendo que na sociedade atual há notável enfraquecimento e empobrecimento de aspectos que deveriam ser privilegiados nas relações de solidariedade, como o respeito e a consideração aos professores, dentre outros. Dessa forma, na sociedade atual já não se reconhece o valor do professor, de sua autoridade, nem mesmo o respeito à função do professor (SENNETT, 2001, 2004).

Assim, além da aparente crise de valores que desgasta a sua imagem social e sua autoestima, o professor passou a conviver diariamente com demandas políticas, sociais e comportamentais que, muitas vezes, fogem do seu alcance, pois ele não possui os meios políticos e os recursos materiais capazes de combater graves problemas que adentram no cotidiano das escolas, sobretudo nas públicas.

Dessa forma, parece-me que o sofrimento psíquico do professor comparece sob a forma de uma impossibilidade de lidar com as mais diversas situações angustiantes, associadas às práticas laborais e às demandas excessivas impostas pela escola e pela sociedade, principalmente, em contextos de trocas interculturais, como é o caso das escolas italianas, devido à questão atual da migração na Europa. Os docentes italianos, além do conhecimento e domínio necessários para a condução de suas aulas, devem apreender a lidar com alunos provenientes de outras culturas, com diferentes costumes, hábitos, religião, etc..

Portanto, compreendo, a partir desse breve olhar, que os docentes de ambas as localidades sofrem “na pele” várias formas de mal-estar, talvez ocultas pelo culto à *performance* discutida por Ehrenberg (2010) e à “cultura do novo capitalismo” (SENNETT, 2006). Han (2015, p. 30), em *Sociedade do cansaço*, fazendo referência ao culto ao desempenho, no mundo atual do trabalho, afirma: “os adoecimentos psíquicos da sociedade de desempenho são precisamente as manifestações patológicas dessa liberdade paradoxal”.

Sendo assim, as angústias — frente às múltiplas demandas do cotidiano escolar e a busca de perfeição idealizada, motivada por essa cultura de desempenho — não podem ser reveladas abertamente, e a denúncia vem, então, em forma de sintoma. “Talvez essa seja a única forma encontrada pelos docentes para defender-se das múltiplas exigências que pesam sobre os seus ombros”, consideram Aguiar e Almeida (2011, p. 39), pois “o professor não põe em palavras a angústia, e adocece”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta Tese constituiu-se uma impactante experiência pessoal, intelectual e profissional. A tentativa de condensar essa experiência de encontros, de aprendizado e de desafios explorados durante a elaboração deste estudo em uma conclusão não é tarefa fácil. Isto porque discutir trabalho docente e suas prováveis conexões e afinidades com o sofrimento e o adoecimento psíquico é desafiador, pois tal temática corresponde a um campo de disputa de vários saberes, de distintas áreas conhecimento, sendo um tema fronteiro que combina e interpela vários campos da ciência para a tentativa de desvendar a sua complexidade.

Portanto, ao iniciar as atividades para a composição desta Tese, fui provocada por muitas questões, entre as quais: existiria um *pathos* docente? Uma forma típica de adoecer dos professores? Quais os fatores que compõem o sofrimento e o adoecimento psíquico dos profissionais docentes no Amapá? Estariam os docentes submetidos a um conjunto de experiências dentro de um contexto social, específico da ambiência escolar que os tornariam mais vulneráveis ao adoecimento? De que modo os fatores precipitantes se imbricam no processo do adoecimento docente? Seria um mal-estar subjetivo próprio do ofício docente ou formas de sofrimento e adoecimentos mais diretamente relacionadas ao contexto socioestrutural do trabalho? Essas e outras indagações me acompanharam durante o percurso da realização desta Tese.

O exitoso empenho acadêmico e pessoal investido ao longo dessa trajetória, na tentativa de compreender o mal-estar de professores e professoras que se alimentam de ideais e investem forças e paixões para a realização dessa profissão tão nobre e necessária, me levou a explorar uma metodologia heterogênea e plural, caminhos diferenciados para compreender esse mal-estar docente, suas formas de manifestação, possíveis conexões com o trabalho, e identificar as principais queixas registradas nos documentos oficiais clínicos (prontuários individuais e outros) e principalmente as queixas e expressões acolhidas durante a escuta cuidadosa e empática das narrativas.

Compreendo, após este estudo, que o sofrimento e o adoecimento psíquico de docentes no Amapá não podem permanecer sendo imposto somente ao professor, atribuindo-lhe a responsabilização subjetiva do mal-estar, como se existisse um *pathos* do ser professor em si, um adoecer por razões somente subjetivas. Entendo que as distintas formas de sofrimento e adoecimento possam, talvez, envolver “modos de ser” e modos de os professores e professoras se relacionarem com os eventos do cotidiano. Porém, são inegáveis as dimensões

sociais, estruturais, econômicas e culturais implicadas no processo do adoecer, como o defendem as diversas áreas e autores das Ciências Sociais discutidos no percurso desta Tese.

Dessa forma, concordo que o adoecimento dos trabalhadores do magistério é um fenômeno que reúne muitos significados, de naturezas micro e macro, em que muitas configurações podem estar relacionadas, inclusive, às transformações sociais, estruturais e econômicas que ocorrem no mundo atual. Assim, existência desse fenômeno realiza-se por meio das suas múltiplas dimensões, experiências e sentidos, com entrelaçamentos de simultâneas e concomitantes experiências subjetivas, intersubjetivas, sociais, culturais, de sentidos, linguagens, numa complexa polifonia de sentidos. Sendo assim, chega o momento de tecer, costurar, fazer arremates e amarras de algumas ideias levantadas durante este estudo acadêmico e de apresentar os achados, dimensões desvendadas e de apontar questões que continuam abertas.

Mediante os achados e descobertas neste estudo ratificam-se a representatividade e a relevância de professores e professoras na paisagem das mudanças macrossociais, culturais, políticas e econômicas de um povo. O professor é agente fundamental no processo desse conjunto de transformações socioeconômicas, mas também pode ser afetado por essas transformações, pois as fluídas e rápidas interconexões no mundo global com o cenário local findam por alcançar e influenciar os fazeres individuais, por mais simples que o sejam.

Percebe-se, portanto, que as ações dos trabalhadores e suas subjetividades, no mundo contemporâneo, e também as dos trabalhadores docentes sejam dirigidas por essas racionalidades atreladas ao sistema de gestão atual no mundo do trabalho, caracterizado por uma cultura de exigência e cobrança de resultados por meio da exploração dos processos cognitivos subjetivos.

Segundo diferentes estudiosos apresentados no decorrer deste estudo, os quais iluminaram minha compreensão e potencializaram meu pensar sobre a categoria trabalho no contexto do mundo do produtivo, os trabalhadores no contexto atual do mundo produtivo são seduzidos por uma espécie de “liberdade coercitiva” (HAN, 2015), como o declaram vários autores que analisam essa categoria, a categoria trabalho na sociedade contemporânea, entre os quais: Alves (2013); Antunes (2006); Bourdieu (1998); Bauman (2013); Ehrenberg (2010); Enriquez (2006); Lazarrato (2006); Perbalt (2010), Sennett (2012b). Para esses teóricos, para se sentir aceito como profissional produtivo o trabalhador é convocado pelo sistema a dar tudo de si, mesmo em situações de trabalho de profundas ambivalências e contradições. Para alguns dos teóricos citados, essa forma de gestão coroe e captura as

subjetividades dos trabalhadores, conduzindo-os a profundos processos de desgastes emocionais e físicos na saúde.

Nesse cenário de trabalho e contradições, os docentes operam em realidades de notáveis paradoxos no sentido estrutural. Às vezes sem recursos e condições para a realização de suas atividades e, ainda assim, imbuídos da responsabilidade para a produção de “cidadãos” “preparados” e “competentes” para alimentar e manter a engrenagem que nutre e prospera o sistema de produção capitalista, através de um ideário de “educação”, como é assim proclamado por algumas instituições de ensino: “educação para formar cidadão para o mercado de trabalho”.

Quanto aos fins da educação, cada época exibiu seus objetivos educacionais particulares. Na Paideia grega, por exemplo, competia aos mestres formar o cidadão virtuoso, provido de nobres valores morais e sociais, entre os quais o respeito, o apreço a dignidade, a solidariedade, a bondade. Atualmente, o sofrimento dos professores parece estar também associado à ausência e à expectativa de alguns desses valores: respeito, autoridade, valorização, cooperação e reconhecimento, discutidos por Sennett (2012; 2004; 2001). Grande parte das narrativas docentes fazem recorrentes denúncias sobre a ausência de reconhecimento do trabalho docente, da valorização profissional e de respeito à sua autoridade moral; em muitos casos, citam o medo da violência e de agressão de alunos. Para alguns docentes tais comportamentos, desprovidos desses valores tão necessários às relações intersubjetivas, tornam-se um grande pesadelo ao se confrontarem com essa realidade diária; pesadelos que os acompanham até nas horas de descanso. Alguns relataram as experiências de pesadelos noturnos pelo simples fato de pensar que iriam à escola, no dia seguinte.

Para alguns professores e professoras, a escola tornou-se um tipo de “monstro”. “Monstro¹⁷⁶” que pode ser representado por comportamentos ditos “desrespeitosos”, “agressivos”, “indisciplinados”, entre outros. Essa forma de representação não é somente atribuída aos alunos, mas também é associada à figura de alguns gestores escolares. Sabe-se que lidar com alunos com essas formas de conduta demanda uma hábil capacidade do professor em saber lidar com o “humano”. Essa lida diária e constante poderá evocar processos de grande desgaste físico e emocional nos docentes.

Segundo minhas percepções e análises, o sofrimento e o adoecimento docente aparecem associados a uma conjunção de fatores, além dos aspectos conexos às condições reais de trabalho. Esse conjunto de situações mistura-se ao sofrimento subjetivo como

¹⁷⁶ Metáfora usada por uma professora para definir o poder da gestão e o pavor a esta.

dimensão existencial e natural do sujeito na totalidade de suas interações sociais, de trabalho e familiar. Para alguns professores entrevistados, o adoecimento é considerado resultado de situações de estresse que eles vivem no meio familiar e que se agregam aos problemas do trabalho de tal forma que alguns deles não conseguem suportar. Esse conjunto de estressores os afeta desencadeando distintas formas de sintomatologia que podem irromper em processos de adoecimentos mais complexos, como foi visto no mapeamento realizado e mais amplamente nas narrativas docentes e nas histórias de adoecimentos.

Segundo as narrativas de alguns professores, determinados dirigentes escolares tornam-se “verdadeiros carrascos”, “perseguem”, “cobram”, “não respeitam a doença do professor” e, em alguns momentos, “os descartam”, fazendo-os se sentir profissionalmente e socialmente inúteis e rejeitados após anos de dedicação ao trabalho na mesma instituição escolar. Entendo que em meio às transformações, incertezas e crises de valores no momento contemporâneo, o professor continua sendo uma figura central nas diversas dimensões da sociedade; dele continua sendo cobrado e atribuído um papel social, educacional e moral de grande relevância.

Os docentes, ao se sentirem impossibilitados para o exercício da função, atravessados pela experiência do adoecimento, em alguns casos são capturados pela própria gestão e encaminhados para esse centro de apoio à saúde do professor. Nessa Casa, são classificados por noologias, diagnósticos e seus respectivos “CID’s”, recebem também seus atestados de doentes, concedendo-lhes os direitos de docente. Esses direitos empoderam os docentes, em especial perante a gestão escolar que, em muitos casos, não reconhece o adoecimento docente e os ameaça de devolução à SEED, fazendo-lhes sentir “descartáveis”; “inúteis”; “sem valor para a escola”; “desconsiderados”; “frustrados” e sem apoio.

Ao longo deste estudo foram apresentados e discutidos diversos pontos que o compõem: o trabalho docente e suas especificidades, dentro da conjuntura atual, do mundo do trabalho e suas implicações para o inegável adoecimento dos trabalhadores docentes. Tentei situar a doença mental, percepções e formas de cuidados nas diferentes épocas, além de suas práticas dirigidas às subjetividades afetadas pelo sofrimento psíquico, na forma da doença mental, até então denominada “loucura”. Discorri, brevemente, sobre o modo com que as pessoas — hoje consideradas pela Atenção Psicossocial “em sofrimento psíquico” — eram classificadas pelo saber psiquiátrico à época, e tinham suas vidas aprisionadas em “instituições totais”: os asilos, manicômios, hospícios, hospitais psiquiátricos, entre outras formas utilizadas para nomear os espaços de segregação dos denominados “loucos”.

A loucura, que até meados do século XVII era considerada manifestação divina ou demoníaca, passou a ser olhada de modo diferente a partir do Iluminismo, citada como a perda da razão ou alienação. As pessoas ditas doentes mentais eram capturadas pela racionalidade médica emergente, a Psiquiatria (que nasceu em meados do século XIX), e constituiu-se uma forma de saber e de poder institucionalizada, aprisionando o dito doente mental, de dois modos: “do lado de dentro”, pelas técnicas utilizadas à época: correntes, camisa de força, fármacos neurolépticos e outras formas de contenção. A Psiquiatria, como saber emergente da medicina, funcionou como canal ideológico do sistema capitalista em desenvolvimento, no sentido de diagnosticar e exercitar suas formas de tratamento às pessoas que eram subtraídas da sociedade porque, de alguma forma, provocavam incômodo e não se adaptavam às regras sociais vigentes. A essas pessoas classificadas como doentes mentais restaram a intolerância, o preconceito social, a estigmatização e ao tratamento desumano, nos espaços asilares.

A representação social de pensar as pessoas afetadas por transtornos mentais como perigosas, iniciou a partir de meados do século XVII, intensificando-se durante o século XVIII e continua presente fortemente na sociedade atual. Por exemplo, pode-se citar os professores e professoras atendidos na Casa do Professor que são afastados da sala de sala, como “forma de proteção a eles mesmos e à comunidade escolar”, e, de certo modo, destituídos de suas identidades docentes, locados em ambientes periféricos da escola, tornando-se *outsiders* no contexto escolar. Excluídos de seus fazeres docentes, são afastados do convívio direto com os alunos pelo “perigo” que representam em sala de aula, e eles próprios também se afastam das interações sociais na ambiência escolar, por receio do estigma de “professor doente”, como mostra o material produzido durante este estudo.

Para entender a dinâmica de funcionamento da Casa do Professor, os itinerários administrativos e terapêuticos submetidos aos docentes durante o tratamento psicossocial, foram realizadas inserções etnográficas no cotidiano da Casa para observar e compreender suas práticas, interações cotidianas, procedimentos e encaminhamentos diários, e também para entender a lógica terapêutica aplicada aos docentes que utilizam esse serviço. Quando impelidos pelo mal-estar que o acometem, esses docentes rompem com suas crenças pessoais e sociais fundamentadas em preconceitos sociais associados aos transtornos psíquicos e com o temor de serem vistos como frequentadores da Casa do Professor, o que, para alguns, é o “lugar de professores perturbados”, “doentes mentais”, “preguiçosos”, “enrolões”.

Esse momento de observação da rotina da Casa foi de grande relevância para apropriação do objeto de estudo, principalmente quando tive acesso aos prontuários clínicos, por meio dos quais me aproximei mais diretamente do sofrimento e adoecimento psíquico dos professores; conheci as histórias clínicas, as queixas, os sintomas, as diversas formas de conflitos (familiares e no trabalho), vivências do cotidiano escolar, relatos de dores físicas e emocionais, através das verbalizações e observações transcritas nos prontuários. Esse momento da pesquisa me agregou conhecimento fundamental para a compreensão do fenômeno “adoecimento e sofrimento” e trajetórias docentes.

Assim, a leitura e análise das histórias clínicas contidas nos prontuários, plenas de relatos de dor, angústias, conflitos e queixas, fizeram-me retornar à casa afetada pelos relatos de sofrimento e de dores psíquicas. Esses sentimentos preenchiam a minha alma e as minhas reflexões; reflexões que moveram meu desejo e a persistência para compreender as queixas, as formas de encaminhamentos, os tipos de adoecimentos desses professores e outras caracterizações importantes para pensar os seguintes aspectos:

Quem é esse coletivo de pessoas que se faz por si próprio, em grande parte proveniente de classe econômica de baixo poder aquisitivo, vindo de outros estados, movido pela fama de que no Amapá os professores ganham bem, e que ali há maiores possibilidades de melhorar de vida e ter um emprego estável? E, ao mesmo tempo, quem são esses docentes — presos a um ideário de ser professor e “de melhorar o mundo”, dando tudo de si, com suas fragilidades psíquicas, amorosas, subjetivas; com histórias de vida muitas vezes fragilizadas e marcadas por experiências particulares —, que buscam a carreira de professor como forma de superação e por ideários de melhorar a sociedade, mas não se dão conta, inicialmente, da pesada carga moral e social que recai sobre si mesmos?

Entre a idealização e a realidade, esses docentes utilizam sua própria energia, muitos exploram ao máximo a sua subjetividade, os seus recursos materiais, o seu capital imaterial, e quando surge o adoecimento e o esgotamento sentem-se descartáveis, “jogados no lixo”, “inúteis”, “desconsiderados”. Nesse momento, eles questionam o sentido de ser professor, pois o tempo dedicado, o esforço, a doação pessoal e a paixão investidos no trabalho, não foram reconhecidos.

Para responder o questionamento acima também fiz um mapeamento de todos os docentes atendidos a partir da criação do Psicossocial, no ano de 2005, até 2014, e a continuação desse projeto por meio da Casa do Professor, que ajuda compreender de maneira complementar o “Rosto” desse coletivo de professores. Do número total levantado, trabalhei

com 822 docentes mapeados, referentes ao período de 2009 a 2014, e, destes, 647 são mulheres, o que corresponde a um percentual de 78,7% do total de sujeitos atendidos.

De acordo com o levantamento realizado, os professores e professoras que procuram os serviços de tratamento na Casa têm idade entre 36 a 50 anos. O tempo de docência mais indicativo na procura de atendimento encontra-se entre os 16 a 20 anos de docência. Os tipos de adoecimentos são muito diversificados: doenças cardiovasculares, diabetes, doenças associadas à voz, fibromialgia, obesidade, entre outras associadas ao mal-estar físico e mental.

Entretanto, entre as formas de adoecimento e mal-estar, os psíquicos, objeto deste estudo, têm percentuais mais elevados. E entre os diagnósticos mais elevados, cito os com maiores percentuais: depressão (246 casos - 23,43% do total); transtornos de ansiedade (83 casos - 7,90%); transtornos de pânico (48 casos - 4,57%); transtorno bipolar (41 casos - 3,90%), transtornos com sintomas psicóticos (48 casos - 4,57%). Além do sofrimento associado aos tipos de transtornos psicológicos, aparecem os casos de professores que buscam ajuda por outros motivos: alcoolismo (27 casos - 2,57%); uso de outras substâncias (25 casos - 2,38%); sofrimento por problemas financeiros/endividamentos (28 casos - 2,67%); sofrimento no trabalho - conflitos com a gestão escolar, alunos e colegas (26 - 2,48%) e adoecimentos associados a eventos familiares estressantes, como luto, ruptura de laços afetivos, conflitos, entre outros (114 casos - 10,86%). Do mapeamento realizado resultou uma ampla lista de adoecimentos, porém para condensá-la, optei por apresentar no corpo do trabalho, os mais recorrentes.

Conforme se mencionou no corpo do estudo, entre as categorias de docentes que apresentam maior desgaste com a saúde estão os professores do ensino regular (87,4%), entre os quais estão os docentes do ensino Fundamental I¹⁷⁷ (professores alfabetizadores e de 1º ao 9º ano). Os professores desse segmento, especificamente os alfabetizadores e os dos anos iniciais, queixam-se da necessidade de grande dedicação à função, da carga de trabalho excessiva, do cansaço, do tempo dispensado à construção de material didático fora do horário formal de trabalho.

Entre os meus interlocutores, foram entrevistadas docentes do Ensino Fundamental - anos iniciais, e a maior parte delas relatou as especificidades e a intensidade de atividades nesse segmento de ensino: dizem que dormem pouco porque dedicam muito tempo ao planejamento, à correção de cadernos, a relatórios individualizados e à produção de materiais

¹⁷⁷Não foi possível mapear o quantitativo e o percentual dos professores das modalidades do Ensino Regular, (Ensino Infantil, Fundamental e Médio) devido à ausência de registros de dados nos prontuários. Entretanto, com base em entrevistas realizadas com especialistas da Casa, eles admitem essa constatação.

pedagógicos. Esse grupo de docentes, conforme as histórias de adoecimentos, depois de muitos anos de dedicação à profissão, quando chegam ao máximo da exaustão profissional não conseguem permanecer em sala de aula; sentem a saúde comprometida a ponto de manifestarem intolerância ao modo de ser do alunado e aos ruídos do ambiente escolar circunscrito.

Entre os professores investigados, além desse coletivo citado, menciono os docentes que atuam nas comunidades rurais no interior do Estado, professores do Modular (SOME e SOMEI), como um grupo de risco ao adoecimento. Esses docentes trabalham em condições extremamente precárias. Na percepção de professores do SOME, alguns elementos caracterizam a realidade de trabalho deles: “escolas deterioradas”, “móvel quebrada”, alojamentos que parecem “pequenos cárceres”, alguns lugares sem água potável, alimentação à base de enlatados ou alimentos salgados pela falta de energia elétrica e outros fatores correlatos. Em várias localidades, onde operam esses professores, os meios de comunicação são escassos e, às vezes, inexistentes — telefone e internet —, o que dificulta a comunicação deles com seus familiares que moram na capital do Estado.

Os professores do Modular vivem de forma “nômade”. A cada sorteio da localidade para aonde são direcionados lá permanecem pelo período de 50 dias, tempo de duração do módulo escolar, depois retornam à capital e, após um pequeno intervalo, mediante novo sorteio, dirigem-se a outras comunidades. Existem as localizadas de fácil acesso, as de difícil acesso e áreas de rodízio. As mais temidas são as comunidades localizadas nas áreas de rodízio, pela distância e condições inóspitas de vida nessas localidades, por exemplo, a localidade do Sucurijú, no extremo Norte do Amapá, citada no decorrer do texto.

Os docentes desse coletivo relatam que um dos aspectos que os fazem sofrer é o afastamento dos laços sociais e familiares, da perda de amigos e de não acompanharem o crescimento dos próprios filhos, por exemplo. Muitos deles se separam de seus cônjuges e compõem novas afetividades. Outros se envolvem com o álcool, como forma de superar as ausências e enfrentar o marasmo nas comunidades interioranas. As doenças mais comuns nesse grupo de professores, citadas pelos entrevistados, são o *h-pilory*, o alcoolismo, o câncer, os distúrbios emocionais, entre eles, a síndrome do pânico, e a depressão.

Os professores do Modular (SOME) são alegres, divertidos e dedicados, não obstante as circunstâncias em que trabalham; apreciam viver as novidades da vida, de conhecer novas realidades culturais e enfrentar desafios. São trabalhadores que se despojam de “luxos” da vida na cidade para viverem uma vida simples e restrita, sem certas comodidades da vida

urbana. Alguns dizem que são motivados pela experiência do novo, de sair da mesmice cotidiana do trabalho escolar na cidade; outros afirmam que são atraídos por essa forma de trabalhar, além da gratificação financeira em seus contracheques.

Quanto às principais queixas associadas ao trabalho no Modular estão a precarização das escolas, a ausência de políticas que os valorizem. Alguns docentes revelam que se sentem “abandonados”, “discriminados pela SEED” e sem o “apoio necessário”. Afirmam que recebem a gratificação destinada à ajuda de custo, todavia, todas as despesas durante o período modular são de sua responsabilidade, e que, às vezes, não compensa, dependendo das localidades para onde são sorteados. A Vila Brasil, por exemplo, onde o comércio local adota o valor do dólar, torna o custo de vida muito oneroso. Muitos deles sentem-se vinculados ou “presos” ao Modular devido ao modo de vida econômico e social que construíram, o que lhes permite “oferecer melhor qualidade de vida aos familiares”; cumprir compromissos e responsabilidades financeiras, pagar dívidas de empréstimos bancários, entre outros. A meu ver, a liberdade anunciada e declarada pelos docentes do Modular também os aprisiona, tornando-se um ponto de forte ambiguidade na vida desses admiráveis profissionais.

Durante o desenrolar deste estudo, além do encontro, das experiências e vivências sobre as trajetórias docentes dos professores do SOME, também foram ouvidas experiências de docentes que atuam na capital. Os relatos de precarização de algumas escolas, da falta de recursos, de condições ambientais inadequadas nas escolas, da falta de reconhecimento do trabalhador docente, da atitude de alguns gestores escolares não se distanciam da realidade do Modular, mesmo que, na área urbana, as escolas se encontrem em melhores condições, pois, em Macapá, há instituições escolares com boa estrutura.

Em Macapá, além das queixas sobre as condições de trabalho, foram relatadas reclamações do possível comportamento “agressivo” e “violento” de alguns alunos, o quantitativo de turmas por docentes, maior do que no Modular, dependendo da disciplina. Professores das disciplinas de filosofia, arte, religião e outras podem assumir até 12 turmas. Outros aspectos destacados na capital: as salas de aulas são superlotadas, com 40 a 50 alunos por turma. Alguns professores do Modular afirmam que “muitos colegas” preferem trabalhar na zona rural porque, apesar das adversidades, a carga física e psíquica é aparentemente menor.

Durante as análises das narrativas notei que alguns professores, mesmo com trajetórias caracterizadas por intenso trabalho (número elevado de turmas, 11 turmas — da professora

Marina; salas com 40-50 alunos, trabalhando todos os dias, em um turno ministrando aulas; no outro realizando planejamentos, correções de atividades, confecção de materiais didáticos e tantos outros aspectos que podem cansar e deteriorar a saúde docente), além da precarização do ambiente de trabalho (salas com pouca iluminação e ventilação), muitos docentes fazem associações diretas do seu adoecimento ao trabalho.

Nas narrativas analisadas, muitos docentes conectam a história de adoecimento aos eventos familiares desgastantes — conflitos conjugais, histórias de separação, doenças e perdas de parentes, traumas decorrentes de acidentes, furtos, roubos, motivos financeiros, e muitos outros. Percebi que esses professores que sentem dificuldade de relacionar o sofrimento e o adoecimento pessoal ao trabalho, na maior parte são professores “apaixonados pela profissão”, dedicados, muitos deles viveram sua trajetória docente de docência em uma só escola e até “confundiam a escola com a própria casa”. A professora Juliana revelou, em suas narrativas, o seu arrependimento, depois de 22 anos dedicados a uma só escola. Contou que depois que ficou docente (hipertensão, psoríase, artrose, sobrepeso e depressão), o diretor queria devolvê-la, porque “o diretor não quer professor doente em sua escola”. Se uma colega que conhecia a sua história de trabalho naquela escola não tivesse intercedido junto ao diretor ela teria sido “descartada”.

O mal-estar docente manifesta-se tanto no “corpo como na alma do professor”. Foi possível percebê-lo tanto no material construído através da análise dos prontuários quanto nas narrativas docentes, em modos semelhantes: o adoecimento é percebido, inicialmente, como vazio, cansaço, perda do gosto e do prazer de ser professor, “abuso de ser professor”, intolerância aos alunos, aos ruídos, intensificação dos conflitos familiares e no ambiente de trabalho, ansiedade, irritabilidade, estresse, dores corporais, doenças cardíacas, alterações no comportamento pessoal, do sono e do apetite, e muitas outras formas de expressões, inclusive os transtornos mentais mais severos — depressão, síndrome do pânico e muitos outros.

Também constatei que determinados professores quando passam a apresentar alguns dos sintomas de adoecimento, procuram ocultá-los, (in)visibilizá-los para si, para a família e para o grupo de trabalho, como forma de tentar conter e suportar o sofrimento ou de negá-lo, para se acautelarem contra os preconceitos sociais ainda existentes em relação ao sofrimento e ao adoecimento mental. Muitos recorrem à ajuda médica ou a Casa do Professor, ou são conduzidos pelos familiares e/ou colegas, somente quando não podem mais suportar o mal-estar, ou quando “o mal-estar transborda no psiquismo”, e através da crise aparece com toda a sua potência, sob a qual o sujeito não consegue mais exercer o controle pessoal. Essa tentativa

de contenção do sofrimento me remete a Birman (2012, p.113), quando fala sobre a terceira forma de registro do mal-estar na contemporaneidade, o “das intensidades”: a articulação entre os diferentes registros é realizada sempre pelo excesso. [...] pois é possível reconhecer como o excesso transborda no psiquismo como *humor* e *pathos* antes de se deslocar para os registros do corpo e da ação”.

O autor considera que, inicialmente, o sujeito é afetado pelo excesso que o toma de maneira que ele passa, então, a sentir a afetação. O excesso, para Birman, é “o regulador das afetações e dos sentimentos”. [...] é sempre irrupção de algo que escapole ao controle e à regulação da vontade, e que se impõe no psiquismo com um corpo estranho (p. 114). A noção de “excesso” discutida por Birman ajuda compreender porque a busca de suporte médico e psicológico dos professores só ocorrer no momento da “intensidade” e da “afetação” mais profunda de suas subjetividades, isto é, no momento da crise.

A dificuldade pessoal de aceitação do sofrimento, em forma de transtornos psíquicos, é notável, pois a depressão ainda é considerada “frescura”. O mal-estar também pode ser percebido como a presença de um “espírito” perturbador da alma humana. Portanto, vários entrevistados afirmaram que antes de procurar os serviços médicos ou paralelos eram levados por seus familiares para tratamentos alternativos: igrejas, terreiros e outras formas religiosas. Alguns docentes afirmaram que foram conduzidos a práticas religiosas mesmo discordando, pois, no momento do desespero, da dor, da crise, do excesso da doença muitas alternativas eram testadas a fim de apaziguar o sofrimento.

Nas narrativas referentes à história do adoecimento, um aspecto que me chamou a atenção foi a ausência consciente de aproximações associativas do adoecimento ao trabalho, mesmo frente às visíveis ambiguidades estruturais, carência de recursos, cargas de trabalho intensas, ambiguidades e contínuas tensões vividas no ambiente de trabalho. Frente a essas observações, não posso deixar de indagar, a partir das minhas experiências com narrativas das trajetórias e das histórias dos professores: será que há afinidade entre essas duas dualidades, trabalho docente e adoecimento? Para não cair na dualidade doença e trabalho, entendo que a existência realiza-se por meio das suas múltiplas dimensões, experiências e sentidos, com entrelaçamentos de simultâneas e concomitantes experiências subjetivas, intersubjetivas, sociais, culturais, de sentidos, linguagens, numa polifonia de sentidos.

Encerro essa etapa deste estudo com muitas questões abertas para pensar que não foi o objetivo elaborar um “perfil” social dos docentes com expressões de sofrimento e adoecimento psíquico em escolas amapaenses, mas a tentativa de aproximação de suas

subjetividades, de suas queixas, frustrações, idealizações, de experiências de trabalho densas de sentido. Portanto, muitas questões permanecem abertas e minha Tese se posiciona como uma modesta contribuição para pensar sobre as condições de trabalhos docentes, as histórias de sofrimento e adoecimento psíquico, as lágrimas derramadas, a exaustão, e desejar que não sejam silenciadas.

Por fim, neste estudo foi possível depreender, entre outras formas de reconstrução do prestígio social da profissão docente, a necessidade da sua reconstrução e sua ressignificação valorativa, e, segundo o meu modo de ver, um dos fatores fundamentais para a superação do sentimento decepcionante com a profissão presente em muitas narrativas docentes. Ações nesse sentido são possíveis mediante a implicação concreta de todos os envolvidos no projeto educacional. São possíveis, sim, mediante políticas de valorização salarial, melhores condições estruturais de trabalho, melhoria das escolas, investimentos para aquisição de materiais didáticos pedagógicos para auxiliar os professores, prevenindo o desgaste físico e emocional que precipita complexos processos de adoecimento ao longo de suas trajetórias docentes imbricados à vida, dessa categoria de trabalhos tão relevante para o desenvolvimento de um país, em suas múltiplas dimensões.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, Pedro. **A escola da vida: socialização e biografia(s) da classe trabalhadora.** Lisboa: Mundos Sociais, 2013.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortos no maior hospício do Brasil.** São Paulo: Geração, 2013.

AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo? **Ilha de Santa Catarina** - 2º semestre de 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/download/12576/11743>>. Acesso em nov. 2014.

AGUIAR, Adriano Amaral de. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

AGUIAR, Isabela Augusto. **Possibilidades da escuta psicanalítica da fadiga de si: um estudo sobre a teoria freudiana do sofrimento psíquico.** Dissertação (Mestrado em Psicologia) - UNIFOR, Fortaleza, 2007.

AGUIAR, Rosana Márcia Rolando; ALMEIDA, Sandra F. Conte de. **Mal-estar na educação: o sofrimento psíquico de professores.** 1ª. ed. (ano 2008), 1ª. Reimpressão, Curitiba, PR: Juruá, 2011.

ALAMI, Sophie; DESJEUX, Dominique; MOUSSAOUI, Isabelle Garabuau. **Os métodos qualitativos.** Petrópolis-RJ: Vozes, 2010.

ALMEIDA, Felipe Quintão; GOMES, Ivan Marcelo. BRACHT, Valter. **Bauman & a educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

ALMEIDA, Rosemary de Oliveira; FREITAS, Geovani Jacó de; SANTOS, João Bosco Feitosa dos. Por uma produção sociológica: entre a narrativa histórica e o saber racional. **Revista de Ciências Sociais,** Fortaleza, v. 43, n. 2, jul/dez, 2012, pp. 158-168.

ALVES, Fátima. **A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental.** Lisboa: Edições Afrontamento, 2011.

ALVES, Fátima (Coord.). **Saúde, medicina e sociedade: uma visão sociológica.** Lisboa: Pactor, 2013.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório.** 1ª. ed. São Paulo: BOITEMPO, 2011.

_____. **Dimensões da precarização do trabalho.** Ensaios de sociologia do trabalho. Bauru, SP: Editora Praxis, 2013, 260 p.

_____. Subjetividade às avessas: toyotismo e “captura” da subjetividade do trabalho pelo capital. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2008, vol. 11, n. 2, pp. 223-239. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25782>>, Acesso em nov. 2013.

ALVES, Giovanni; BATISTA, Roberto Leme; MONTEIRO, Arakin. **Trabalho e sociabilidade**: perspectivas do capitalismo global. Bauru, SP: Canal 6, 2012.

ALVES, Maria de Fátima Pereira. **A doença mental nem sempre é doença**: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no Norte de Portugal. 2008, 389f. Tese (Doutorado em Sociologia da Saúde) – Departamento de Sociologia da Universidade de Aberta de Portugal, Lisboa, 2008.

ALVES, Paulo C.; RABELO, Miriam C.M. **Significação e metáforas na experiência da enfermidade**. In: ALVES, Paulo et al. Experiência da doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.

ALVES, Paulo C.; RABELO, Miriam C.M.(Orgs.). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998.

ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília. (Orgs.). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

ALVES, Paulo Cesar. **A experiência da enfermidade**: considerações teóricas. Cadernos de Saúde Pública, 9(3): pp. 263-271, 1993.

ALVES, Paulo Cesar; SOUZA, I. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas Mentais: o itinerário terapêutico. In: **Encontro Anual da ANPOCS**, XVTJI, 1994, Caxambu, Minas Gerais.

AMAPÁ. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado de Educação. Coordenação de Educação Básica e Educação Profissional. Núcleo de Ensino Médio. Unidade de Ensino Médio Modular. **Plano de Ações UEMOD 2015/2016**. Macapá, AP, 2016.

_____. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual. Rede de Atenção Psicossocial - RAPS Amapá**. Macapá, AP, 2013.

_____. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado de Educação. Coordenação de Educação Básica e Educação Profissional. Núcleo de Ensino Médio. Unidade de Ensino Médio Modular. **Relatório Sobre o Sistema Modular de Ensino e a Situação das Escolas e Unidades de Ensino Fundamental e Médio Modular – Janeiro 2011**. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmNpbm9tb2R1bGFyfGd4Ojc3YzZjOTgzNWU5MjgxNTY>>. Acesso em: mar. 2016.

_____. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado de Educação. Coordenação de Educação Básica e Educação Profissional. Núcleo de Ensino Médio. Unidade de Ensino Médio Modular. **Nota de esclarecimento**: Sistema Modular de Ensino Fundamental e Médio/SEED/AP. Publicação de Roque Aldo Ribeiro. 28 de maio de 2011. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/ensinomodular/producoes-docentes>>. Acesso em mar. 2016.

_____. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado de Educação. Coordenação de Educação Básica e Educação Profissional. Núcleo de Ensino Médio. Unidade de Ensino Médio Modular. **Proposta de revitalização do Sistema de Organização Modular de Ensino**. Macapá, AP, setembro/2010. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbm9tb2R1bGFyYfGd4OjNINGY2YmZiMGZmYjRiYzY>>. Acesso em: mar. 2016.

_____. Governo do Estado do Amapá. **Lei nº 0949 de 21 de dezembro de 2005**. Macapá, 21 de dezembro de 2005. Publicada no Diário Oficial do Estado nº 3668, de 23.12.2005. Autor: Poder Executivo. (Antônio Waldez Góes da Silva, Governador). Disponível em: http://www.al.ap.gov.br/ver_texto_lei.php?iddocumento=21549>. Acesso em: jun. 2013.

_____. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado de Educação. Coordenação de Educação Básica e Educação Profissional. Núcleo de Ensino Médio. Unidade de Ensino Médio Modular. **Projeto SOME**. Macapá, 1995. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbm9tb2R1bGFyYfGd4OjcwNjBjOWJlY2JhNjRmZjg>>. Acesso em: jun. 2013.

_____. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado de Educação. Serviço de Atendimento Psicossocial. **Relatórios 2006-2013**. Macapá, 2013.

_____. Governo do Estado do Amapá. Secretaria de Estado de Educação. Núcleo de Atenção à Saúde do Professor – Casa do Professor. **Relatório 2014**. Macapá, 2015.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos Manicômios. **Revista Mente e Cérebro**, setembro, 2006. Disponível em: <<http://static.recantodasletras.com.br/arquivos/542889.pdf?1182956075>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ª ed. Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-16.pdf>>. Acesso em: set 2016.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. Sonia Fleury (org.). São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: debate em torno da Reforma Psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 11 (3): pp. 491-494, jul/set, 1995.

_____. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

_____. **Uma aventura no manicômio:** a trajetória de Franco Basaglia. História, Ciências, Saúde. Maguinhos. Vol. I (1), p. 61-77, jul/out. 1994.

_____. (Org.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. Cap. 7 pp. 41- 55.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Saúde e democracia:** a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

AMARANTE, Paulo. (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

AMARANTE, Paulo. TORRE, Eduardo H. Guimarães. 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, maio/ago. 2001.

AMARANTE, Paulo; ROTELLI, Franco. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. São Paulo: Relume-Dumará, s/d.

ANADON, S.B. **Trabalho e identidade docente no contexto da reforma educacional iniciada na década de 1990.** 2005. 160f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante.** Tradução José Fonseca. Porto alegre: Artmed, 2009.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **Riqueza e Miséria do trabalho no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2013a.

_____. (Org.). **Riqueza e Miséria do trabalho no Brasil II.** São Paulo: BOITEMPO, 2013b.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: BOITEMPO, 2009a.

_____. **O caracol e sua concha:** ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: BOITEMPO, 2009b.

_____. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: CORTEZ, 2006.

_____. **A desertificação neoliberal no Brasil** (Collor, FHC e Lula). Campinas/SP: Autores Associados, 2004.

ARMIATO, Luigi. **Breve storia ospedaliera di San Servolo.** San Servolo-Venezia-Italia: Fondazione San Servolo, 2015.

ASSUNÇÃO, Ada Àvila. Saúde e condições de trabalho nas escolas públicas. In: OLIVEIRA, D.A. (Org.). **Reformas educacionais na América Latina e os trabalhadores docentes.** Belo Horizonte: Autêntica, 2003, pp. 87-102.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila; OLIVEIRA, Dalila Andrade. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educ. Soc.**, Campinas, vol.30, n. 107, pp. 349-372, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v30n107/03.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

ATAIDE, Patrícia Costa; NUNES, Iran de Maria Leitão. Feminização da Profissão Docente: as representações das professoras sobre a relação entre ser mulher e ser professora do ensino fundamental. **Revista Educação e Emancipação**, São Luís, v. 9, n. 1, jan./jun. 2016.

Disponível em:

<www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/reducacaoemancipacao/article/.../4984>.

Acesso em: 24 out. 2016.

AYRES J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (1), pp. 43-62, 2007.

BABINI, Valeria P. **Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento**. Bologna, Italia: Il Mulino, 2009.

BARARA, Rita Barradas. **Como e porque as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARBOSA, Gilmara Maria de Oliveira. **Anomia, direito e pós-modernidade**. Ano 2 (2013), nº. 9, 9043-9081. Disponível em: <http://www.idb-fdul.com/uploaded/files/2013_09_09043_09081.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2014.

BARBOSA, Andreza. **Os salários dos professores brasileiros: implicações para o trabalho docente**, 2011, 208f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar da Faculdade de Ciências e Letras – Universidade Estadual de São Paulo (Unesp), Araraguara, SP, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARRETO, Maria da Apresentação. **Ofício, estresse e resiliência: desafios do professor universitário**. 2007, 229f. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação do Centro de Ciências Aplicadas, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

BARROS, Sônia. **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice**. Taubaté, SP: Cabral Universitária, 2001.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. **Souffrance, senset croyance: l'effet thérapeutique**. Ramonville Saint-Agne: 2004. (Sociologie Clinique).

BASAGLIA, Franco. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Amarante, Paulo. (Org.). Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

_____. **Conferenze brasiliane**. Milano-Iália: Raffaello Cortina Editore, 2000.

BASAGLIA, Franca Ongaro. **Vita e carriera di Mario Tommasini: burocrate proprio scomodo narrate da lui medesimo**. Roma: Riuniti, 1991.

BASAGLIA, Franco. (Org.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASAGLIA, Franco; TRANCHINA, Paolo. **Autobiografia di un movimento 1961- 1979**: dal manicomio alla riforma sanitária. Firenze: UPI/Regione Toscana, 1979.

BASAGLIA, Franco et al. **Psiquiatria e antipsiquiatria em debate**. Porto: Edições Afrontamento, 1977.

BASAGLIA, Franco. **Che cos'è la psichiatria?** Parma: Amministrazione Provinciale, 1967.

BASTIDE, Roger. **O sonho, o transe e a loucura**. Tradução Carlos Eugênio Marcondes de Mouca. São Paulo: Três Estrelas, 2016.

_____. **Sociologia das doenças mentais**. Tradução Maurício Bittner. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1967.

BASTOS, Josane A. Q. Romero. **O mal-estar docente, o adoecimento e as condições de trabalho no exercício do magistério, no ensino fundamental de Betim/MG**. 2009, 151f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

BASTOS, Liana Albernaz de Melo. **Corpo e subjetividade na medicina**: impasses e paradoxos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BATISTA, Leme Roberto. A ideologia do capital na crise: trabalho, educação e cidadania. In: ALVES, Giovanni; BATISTA, Roberto Leme; MONTEIRO, Arakin (Orgs.). **Trabalho e sociabilidade**: perspectivas do capitalismo global. Bauru, SP: Canal 6, 2012.

BAUMAN, Zygmunt. **Danos colaterais**: desigualdades sociais numa era global. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013a.

_____. **Sobre educação e juventude**. Tradução Carlos A. Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2013b.

_____. **Vida de consumo**: a transformação das pessoas em mercadoria. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. **Vida líquida**. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

_____. **Modernidade líquida**. Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **Globalização**: as consequências humanas. Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1999.

_____. **O mal-estar da pós-modernidade.** Tradução Mauro Gama e Cláudia Martinelli Gama. Revisão técnica Luís Carlos Fridman. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

BAUMGARTEN, Maira. A prática científica na “Era do Conhecimento”: metodologia e transdisciplinaridade. **Dossiê Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, nº 22, jul./dez. 2009, pp. 14-20.

BEAUD, Michel. **História do Capitalismo de 1500 até nossos dias.** Tradução Maria Ermantina Galvão Gomes Pereira. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos.** Tradução Sergio Joaquim de Almeida, Petrópolis, RJ: 2009.

BECKER, Howard S. **Truques da escrita: para começar e terminar teses, livros e artigos.** Tradução Denise Bottman. Revisão técnica Karina Kuschnir. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

_____. **Falando da sociedade: Ensaio sobre as diferentes maneiras de representar o social.** Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

_____. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio.** Tradução Maria Luiza X. de A. Borges Revisão técnica: Karina Kuschnir. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

_____. **Segredos e truques da pesquisa.** Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

_____. **Métodos de pesquisa em ciências sociais.** Tradução Marco Estevão; Renato Aguiar. Revisão técnica Márcia Arieira. São Paulo: Hucitec, 1993.

BECKER, Sandra Greice et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 62, pp.323-326. 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos.** São Paulo: Cortez, 2012.

BERTAUX, Daniel. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos.** Tradução Zuleide Alves Cardoso Cavalcante; Denise Maria Gurgel Lavallée. São Paulo: Paulus, 2010.

BELLATO, Franco et al. (Orgs.). **Catalogo del istrumenti medici e scientifici: dell'ex Ospedale Psichiatrico Provinciale di Fregionaiia – Lucca.** Lucca, IT: Edizioni Fondazione Mario Tobino, 2009.

BIRGIN, A. La docencia como trabajo: la construcción de nuevas pautas de inclusión y exclusión. In: GENTILI, P.; FRIGOTTO, G. (Comp.). **La ciudadanía negada: políticas de exclusión em la educación y eltrabajo.** Buenos Aires: CLACSO, 2000.

BIRMAN, Joel. **Novas formas de subjetivação.** Palestra no programa Invenção do Contemporâneo. Campinas, 13 ago. 2013. (48 min). Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=ov9CKqKiAeE>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

_____. **O sujeito na contemporaneidade:** espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

_____. **Enfermidade e loucura:** sobre a medicina das Inter-relações. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

_____. **A psiquiatria como discurso da moralidade.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978. (Biblioteca de Saúde e Sociedade).

BLANDINO, Giorgio. **Quando insegnare non è più un piacere; la scuola difficile, porposte per insegnanti e formatori.** 1ª. ed. Milano, Italia: Raffaello Cortina Editore, 2008.

BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON; Jean-Claude; PASSERON, Jean- Claude. **Ofício de sociólogo:** metodologia da pesquisa na sociologia. 8ª ed. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

BOURDIEU, Pierre (Coord.). **A miséria do mundo.** Petrópolis/RJ: Vozes, 2011.

_____. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva, 2011.

_____. **A distinção:** crítica social do julgamento. Tradução Daniela Kern; Guilherme J.F. Teixeira. Porto Alegre: Zouk, 2011.

_____. **Razões Práticas:** sobre a teoria da ação. Tradução Mariza Corrêa. Campinas: Papyrus, 2003.

_____. **Contrafogos:** táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Tradução Lucy Magalhães, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. **O Poder simbólico.** Tradução Fernando Tomaz. Algés/PT: DIFEL, 2001.

_____. Capital simbólico e classes sociais. Tradução Fernando Pinheiro. Introdução e notas de Loïc Wacquant. In: **Journal of Classical Sociology**, vol.13, nº. 2, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n96/a08n96.pdf>>. Acesso em 30 set. 2015.

_____. **Escritos de Educação.** Petrópolis: Vozes, 1998.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean Claude. **A reprodução:** elementos para uma teoria do Sistema de ensino. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A. 1982.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade:** lembranças de Velhos. 3ª. ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1994.

BRANDÃO, Washington Luiz de Oliveira. **Comportamento suicida:** sociedade, assistência e relações comportamentais. 2015, 192 f. Tese (Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento) - Núcleo de Teoria e Pesquisa do Comportamento da Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**

como Lugares da Atenção Psicossocial nos Territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília-DF. 2015.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em jan. 2015.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Censo Escolar da Educação Básica 2015. Brasília, 2015. Disponível em:

<<http://portal.inep.gov.br/basica-censo>>. Acesso em: 21 out. 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde.** Brasília: CONASS, 2015. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados**, 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: < www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 17 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental.** Brasília, DF, 2015. 548 p.: il. (Caderno Humaniza SUS; v. 5). ISBN 978-85-334-2223-0. Disponível em:

< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP).

Censo Escolar da Educação Básica 2013: resumo técnico. Brasília: O Instituto, 2014.

Disponível em:

<http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/resumo_tecnico_censo_educacao_basica_2013.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (IBGE). **Cidades.** Macapá. 2014.

Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=160030&search=amapa|macapa|infograficos:-historico>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº. 34). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012**

IDB-2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº **3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, 2011.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: jan. 2015.

_____. **Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasília-DF, 2011. Disponível em:** <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em jan. 2015.

_____. **Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508/11 - Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:** <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf>>. Acesso em jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização:** ambiência. 2. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ambiencia_2ed.pdf>. Acesso em: jul. 2016.

_____. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 11.738, de 16 de julho de 2008.** Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111738.htm>. Acesso em nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da loucura:** apostila de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 88 p.: il. (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em: <http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/ccoms/doc/memoria_da_loucura.pdf>. Acesso: 25 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS:** acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p.

_____. Lei nº. 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Seção 1, 24 ago. 2006, p. 2 (Publicação Original). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm> Acesso em: 5 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004:** uma análise da situação de saúde. Brasília-DF, 2004. 364 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva - Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004.** 5ª ed. ampliada Série E. Legislação de Saúde. Brasília – DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso jan. 2015.

_____. O Ministro da Saúde. Portaria/GM nº 336 - De 19 de fevereiro de 2002. Brasília-DF, 2002. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em jan. 2015.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Plano Nacional de Educação**. Brasília: MEC/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2001. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me000069.pdf>>. Acesso em jul 2015.

_____. **Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília, DF, 2001. Disponível em:** <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Senado Federal. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 23 dez. 1996, p. 27894. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70320/65.pdf>>. Acesso em: ago. 2015.

_____. **Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília-DF, 1990. Disponível em:** <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em jan. 2015.

BRIDI, Francesca. **Creativa Mente in Trentino: um interventodi de-istituzionalizzazione nella cura dei malati psichiatrici**. Tesidi Laurea (Corso di Laurea Magistrale in Metodologia e Organizazzazione Del serviziosociale). Facoltàdi Sociologia. Università Degli Studi di Trento, Italia. Anno 2011/2012.

BRITO, J. M. **Narrativas do cuidado em saúde mental: o cotidiano da atenção primária em Jacaraípe, Serra, ES**. 2012. Especialização (Pós-Graduação em Saúde Mental, Gestão e Pesquisa). Instituto de Psiquiatria UFRJ, Rio de Janeiro, 2012.

BRUNER, Jerome. **Fabricando histórias: direito, literatura, vida**. Tradução de Fernando Cássio. São Paulo: Letra e Voz, 2014. (Coleção Ideias).

BUENO, Rinaldo Conde. **O Pensamento de Franco Basaglia e a estruturação da desintitucionalização na psiquiatria democrática italiana vistos por um brasileiro**. 2011, 120p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

BULHÕES, A. B. C. **Processos de desintitucionalização em CAPS AD**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Centro de Ciências de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de Sergipe, Sergipe, 2011.

BUTLER, Judith. Vida precária. **Contemporânea**: Revista de Sociologia da UFSCar. São Carlos, Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, 2011, n.1, pp. 3-33.

_____. **Vida precaria: el poder del duelo y la violència**. Traducido por Fermín Rodríguez. 1ª. ed. Buenos Aires: Paidós, 2006. (Espacios del saber). Disponível em:

<<http://mesasdedialogo.org/wp/wp-content/uploads/2015/11/BUTLER-Judith-Vida-precaria.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

CAMARGO, Danilo Alexandre Ferreira de. **O abolicionismo escolar: reflexões a partir do adoecimento e da deserção dos professores**. 2012, 123f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução Maria Tereza R. de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CANESQUI, Ana Maria. Produção Científica das Ciências Sociais e Humanas em Saúde e alguns significados. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.1, p.15-23, 2012 15. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n1/03.pdf>>. Acesso em agosto de 2014.

_____. **Ciências Sociais e Saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2011.

_____. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, pp.109-124, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a09v08n1.pdf>>. Acesso em junho de 2013.

CARDOSO, Fernando Henrique. Reforma do Estado. In: BRESSER PEREIRA, L.C.B.; SPINK, P. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998, pp. 15-20,

CARLOTTO, Mary Sandra. A síndrome de burnout e o trabalho docente. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 7, n. 1, p. 21-29, jan./jun. 2002. Disponível em: <http://www.saudedoprofessor.com.br/Burnout/Arquivos/burnout_trabalho_docente.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2015.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. Sujeito, sofrimento psíquico e contemporaneidade: uma posição. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**. Fortaleza. v. iv, n. 2, pp. 277- 295, set. 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v4n2/05.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2016.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo; PINHEIRO, Rafael Lobato. As falácias da eliminação do sofrimento e seus efe,os subjetivos. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 2, pp. 245-252, abr./jun. 2009 v. 40, n. 2, pp. 245-252, abr./jun. 2009. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5161572.pdf>>. Acesso em 20 nov. 2016.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. **El cuerpo rechazado: un análisis arqueológico del rechazo del cuerpo del enfermo de SIDA**. (Tesis Doctoral). Madrid, Espanha: Pontificia Universidad de Comillas, 1997. (Ver o restante das informações).

_____. **AIDS: a nova desrazão da humanidade**. São Paulo: Escuta, 2000. 151 p.

_____. (2001). Mal-estar e Resto. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 1, n. 1. pp. 43-56, set. 2001. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/271/27110103.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

_____. Que Narciso é esse? In: **Mal-estar e resto** [e-book]. Fortaleza, CNPq. 2007. Disponível em: <<http://www.cnpq.br/documents/10157/ae2e400a-ab13-4411-acdf-b21fd43b189e>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CARVALHO, Andréa da Luz. **Entre uma sociedade sem manicômios e a medicalização da vida:** as tensões entre reformistas e biólogos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. 1999. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1999.

CARVALHO, A. B.; VASCONCELOS, M. **Relatório do Planejamento do CAPS AD:** discussão sobre os princípios norteadores da assistência em SM e em AD/qualificação do cuidado. [S.l: s.n], 2008.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede.** Tradução Roneide Venâncio Majer. São Paulo: Paz & Terra, 1999.

CASTORIADIS, Cornelius. **O mundo fragmentado:** as encruzilhadas do labirinto III. Tradução Rosa Maria Boaventura. Rio de Janeiro: paz e Terra, 2006.

CAVAIGNAC, Mônica Duarte. **Relações de Trabalho e Relações na Lógica Capitalista contemporânea: um olhar sobre atendentes do Call Center de uma Empresa de Telecomunicações.** 2010. Tese (doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

CAVALLI, Alessandro; ARGENTIN, Gianluca. **Gli insegnanti italiani:** come cambia il modo di fare scuola: terza indagine dell' Istituto IARD sulle condizioni di vita e di lavoro nella scuola italiana. Bologna, IT: Mulino, 2010. (Studi e Ricerca/595).

CENTURRINO, Flavia. (A cura di). **Il corpo nella malattia.** Pisa, Italia: Nursind, 2009. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.pisanursind.it/media/Il%2520corpo%2520nella%2520malattia.pdf.pdf&gws_rd=cr&ei=YQ7IWI7NOoKCwgSA9ZyAAg>. Acesso em set. 2016.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano:** artes de fazer. 11ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CICOUREL, Aaron V. **Le raisonnement médical:** une approche socio-cognitive. Textes recueilli set présentés par Pierre Bourdieu Yves Winkin. France: Editions du Seuil, 2002. (Collection Liber).

CID-10. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organização Mundial da Saúde (OMS). Tradução Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLAVREUL, Jean. **A Ordem Médica:** poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1983.

CODO, Wanderley. **Educação:** carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. et al. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

COHN, Amélia; SPINOLA, Arcy W. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1991.

CONTEGIACOMO, Luigi; TONIOLO, Emanuele (Orgs.). **L'alienazione mentale nella memoria storica e nelle polititi che sociale: chisà chemetira fuoriun calche duni da sto manicômio**. Rovigo, Italia: Minelliana, 2004.

COSER, Orlando. **De corpo e alma, cabeça e pescoço: psiquiatria, psicanálise, genética, subjetividades**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

_____. **Depressão: clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

COSTA, A. Carlos L. O campo de detecção de normas e desvios. **Dilemas**. n.2. vol.1, 2008.

COSTA, Gabriela M.C.; GUALDA, Dulce M.R. **Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença**. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, RJ, v.17, n.4, out-dez. 2010, pp. 925-937.

COSTA, José Carlos Pinto da. **As representações biomédicas da saúde e da doença tidas pelos enfermeiros no contexto multicultural da prestação de cuidados da UCCI da Santa Casa da Misericórdia de Portimão**. 2011, 363f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Lisboa-PT, Lisboa, 2011.

COSTA, Juliano Xavier da Silva; CAETANO, Renato Fernandes. A concepção de alteridade em Lévinas: Caminhos para uma Formação mais Humana no Mundo Contemporâneo.

Revista Eletrônica Igarapé, nº 3, Maio de 2014. Disponível:

<<http://www.periodicos.unir.br/index.php/igarape/article/view/861/865>>. Acesso em: out. 2016.

CSORDAS, Thomas. A corporeidade como um paradigma para a Antropologia. In: _____. **Corpo, significado e cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008. 463 p.

_____. **A corporeidade como um paradigma para a Antropologia**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1994.

DAL ROSSO, Sadi. **Mais trabalho!** A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: BOITEMPO, 2008.

DANTAS, Marília Antunes. **Sufrimento psíquico: modalidades contemporâneas de representação e expressão**. Curitiba: Juruá, 2012.

DELL'ACQUA et. al. Rispondendo nella crise. In: **Per la salute mentale**. Triste: Cooperativa II Posto delle Fragole, 1987.

DE MASI, Domenico. **Mappa Mundi: modelli di vita per una società senza orientamento**. Milano-Itália: RGS Libri S.p.A, 2014.

_____. **O futuro chegou:** modelos de vida para uma sociedade desorientada. Rio de Janeiro: Casa da palavra, 2014.

_____. **O ócio criativo.** Tradução Léa Manzi. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

_____. **O futuro do trabalho:** fadiga e ócio na sociedade pós-industrial. J. Olympio, 2003.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução Ana Isabel Paraguay; Lúcia Leal Ferreira. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, CORTEZ, 1991.

_____. **O fator humano.** Tradução Maria Irene S. Betiol; Maria José Tornelli. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

_____. **Psicodinâmica do Trabalho:** contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1994, pp. 21-32.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.-F. (Org.). **O indivíduo na organização:** dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993, pp.149-173.

_____. **A banalização da injustiça social.** Rio de Janeiro: FGV, 2000.

DELORY-MOMBERGER, Christine. **Biografia e educação:** figuras do indivíduo-projeto. Tradução Maria da Conceição Passaggiet al. São Paulo: PAULUS, 2008. Vol.1.

DELORS, Jacques (org.). **Educação um tesouro a descobrir:** relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo:Cortez, 1998.

DENZI, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. e col. **O planejamento da pesquisa qualitativa:** teorias e abordagens. Tradução Sandra Maria Regina Netz. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

D'INCAO, Maria Angela (org.) **Doença Mental e Sociedade:** uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

D'ORIA, Vittorio Lodolo. **Pazzi per la scuola:** Il burnout degli insegnanti a 360°: prevenzione e gestione in 125 casi. Roma, Italia: Alpes Italia Srl, 2010.

DOURADO, Fernandes. Reforma do estado e as políticas para a educação superior no Brasil nos anos 90. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 23, n. 80, setembro/2002, p. 234-252. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12931.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2016.

DORNER, Klaus. **Il borghese e il folle:** storia sociale della psichiatria. Rima: Laterz & Figli SPA, 1975.

DOSSE, Francois. **O desafio biográfico:** escrever uma vida. Tradução César Cardoso de Souza. São Paulo: Editora da USP, 2009.

DOUGLAS, Mary. **Como as instituições pensam**. Tradução Carlos Eugênio Marcondes de Moura. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998. (Ponta, 16).

_____. **Pureza e perigo**: ensaio sobre as noções de poluição e tabu. Lisboa: Edições 70, 1966.

DUARTE Luiz Fernando; LEAL, Ondina Fachel. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998b.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 173-183. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995013>>. Acesso em set. 2016.

_____. **A investigação antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação**: uma introdução, pp. 9-27. In: Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998a.

_____. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In: ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. de S. (Orgs.) Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

_____. Os nervos e a Antropologia Médica norte-americana: uma revisão crítica. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, 3(2), 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v3n2/02.pdf>>. Acesso em out. 2016.

_____. **Da vida nervosa**: nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1986.

DUKHEIM, Émile. **A Divisão do Trabalho Social**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

DUMONT, Louis. **Ensaio sobre o individualismo**: uma perspectiva antropológica sobre a ideologia moderna. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1992.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. 1ª. Ed. São Paulo: Boitempo, 2015. (Coleção Estado de Sítio).

DUVIGNAUD, Jean. Que signifie le terme d'anomie? **Revista de Ciências Sociais**. vol. 4, nº. 1. 1973. (Imprensa da Universidade Federal do Ceará).

_____. **L'anomie**: hérésie et submersion. Paris: Anthropos, 1973.

_____. **A solidariedade**: laços de sangue, laços de razão. Tradução Vasco Casimiro. Lisboa/PT, 1986. (Coleção Epistemologia e Sociedade).

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. São Paulo: Perspectiva, 1977.

EHRENBERG, Alain. **O culto da performance**: da aventura empreendedora à depressão nervosa. Organização e tradução Pedro F. Bendassolli. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2010. (Coleção Management, 7).

_____. **La fatigue d'êtresoi**: dépression et société. Paris: Odile Jacob, 2008.

_____. Depressão, doença da autonomia? Entrevista a Michel Botbol. **Ágora** v. VII n. 1 jan./jun 2004 143-153. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v7n1/v7n1a09.pdf>>. Acesso em mar. 2015.

ENRIQUEZ, Eugène. O homem do século XXI: sujeito autônomo ou indivíduo descartável. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 1, Art. 10, jan./jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v5n1/29568.pdf>>. Acesso em abr. 2014.

_____. Da solidão imposta a uma solidão voluntária. **Cronos**, Natal, RN, v. 5/6, n. 1/2, pp. 19-33, jan./dez. 2004/2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufrn.br/index.php/cronos/article/view/3230>>. Acesso 16 jan. 2013.

_____. **A organização em análise**. Tradução Francisco da Rocha Filho. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

ESTEVE, José M.. **Professores en conflicto**. Madrid: Narcea, 1984.

_____. **El mal-estar docente**. 3ª. ed. Barcelona: Paidós, 1994.

_____. **O mal-estar docente**: a sala de aula e a saúde dos professores. Bauru: EDUSC, 1999.

_____. Mudanças Sociais e função docente. In: NÓVOA, Antônio (org.) **Profissão Professor**. 2 ed. Lisboa: Porto Editora, 1999.

FANTON, Marcos. Sujeito, sociedade e linguagem: uma reflexão sobre as bases teóricas da pesquisa com narrativas biográficas. **Civitas**, Porto Alegre v. 11 n. 3 pp. 529-543 set.-dez. 2011)

FEIJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. **A existência para além do sujeito**: a crise da subjetividade moderna e suas repercussões para a possibilidade de uma clínica psicológica com fundamentos fenomenológico-existenciais. Rio de Janeiro: Edições IFEN-VIAVERITA, 2011.

FERENCZI, Sándor. **Diário Clínico**. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FERIANI, Daniela Moreno et. al. (Orgs.). **Etnografia, etnografias**: ensaios sobre a diversidade do fazer antropológico. São Paulo: ANNABLUME, 2011.

FERNANDES, Hélio Clemente. **Trabalho docente**: pauperização, precarização e proletarização? 2010. 208f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação - Universidade Estadual Do Oeste Do Paraná – UNIOESTE. Cascavel/PR. 2010.

FERRAROTTI, Franco. **Sobre a ciência da incerteza: o método biográfico na investigação em ciências sociais**. Lisboa: Pedago, 2013.

_____. **Sobre a autonomia do método biográfico**. Tradução Idalina Conde. Disponível em: < <http://sociologiapp.iscte.pt/pdfs/31/342.pdf>>. Acesso em: dez. 2014.

FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaina. (Coords.) **Usos e abusos da história oral**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1998.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo signo. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília (Orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FERRETTI, Celson João. A educação escolar face à sociabilidade capitalista. In: ALVES, Giovanni; BATISTA, Roberto Leme; MONTEIRO, Arakin. **Trabalho e sociabilidade: perspectivas do capitalismo global**. Bauru, SP: Canal 6, 2012.

FERRONI, Giulio. *La scuola impossibile*. Roma, Italia: Salerno Editrice, 2015.

FILHO, Kleber Prado; LEMOS, Flávia Cistina Silveira. Uma breve cartografia da luta antimanicomial. In: **Contemporânea: Revista de sociologia da UFSCar/Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de São Carlos**. v. 2.n.1, jan./jun. 2012, São Carlos: DS e PPGS-UFSCar, 2012.

FIORANI, Matteo. **Bibliografie di storia della psichiatria italiana 1991-2010**. Firenze: Firenze University Press, 2010.

FONSECA, Tania. Mara. Galli; COSTA, Luciano Bedin de. **Vidas do fora: habitantes do silêncio**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Os anormais: curso no College de France (1974-1975)**. Tradução Eduardo Brandão. 2ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

_____. **História da loucura: na idade clássica**. Tradução José Teixeira Coelho Neto. 9ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 2012. (Estudos/61).

_____. **O nascimento da clínica**. Tradução Roberto Machado. 7ª. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no College de France (1975-1976)**. Tradução Maria E. de Almeida Prado Galvão. 2ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____. **Vigiar e Punir: história de violências nas prisões**. 35ª ed. Petrópolis/RJ: vozes, 1975.

_____. **O poder psiquiátrico: curso no College de France (1973-1974)**. Tradução Eduardo Brandão. Revisão técnica Salma Tannus Muchail; Márcio Alves da Fonseca. São Paulo: Martins Fontes, 2006. (Tópicos).

_____. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e revisão técnica Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

_____. **Microfísica do poder**. 4ª ed. Organização, introdução e revisão técnica Roberto Machado. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

_____. **Eu, Pierre Riviere, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão**: um caso de parricídio do século XIX apresentado por Michel Foucault. Tradução Denize Lezan de Almeida; Revisão técnica de Georges Lamaziere. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FONTES, Breno et. al. Políticas de Saúde Mental em Angola, Brasil e Portugal: desafios para o século XXI. In: ALVES, Fátima (Coord.). **Saúde, Medicina e Sociedade**: uma visão sociológica. Lisboa: Pactor, 2013.

FREITAS, Claudia Regina Freitas; CRUZ, Roberto Moraes. **Saúde e trabalho docente**. XXVIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 13 a 16 de outubro de 2008. Disponível em:
<http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2008_tn_sto_072_509_10776.pdf>. Acesso em jun. 2013.

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936)**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GADEMER, Hans George. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GALZIGNA, Mario (Org). **Museo Del manicomiodi San Servolo La follia reclusa**. Venezia, Italia: EBS Editoriale Bortolazzi-Steisrl, 2007.

GALZIGNA, Mario; TERZIAN, Hrayr. (Orgs.). **L'archivio della follia: il manicômio di San Servolo e la nascita di uma fondazione**. Venezia, Italia: Marsilio Editori, 1980.

GARCIA, Maria Manuela Alves; ANADON, Simone Barreto. Reforma educacional, intensificação e autointensificação do trabalho docente. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 30, n. 106, pp. 63-85, jan./abr. 2009. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/es/v30n106/v30n106a04.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2016.

GASPARI, Fiora; CUSCI, Leonardo (Orgs.). **L'arquivo di Franco Basaglia e Franca Ongaro Basaglia**: inventario. Venezia, Italia: Fondazione Franca e Franco Basaglia, 2014. Disponível em:
<http://www.fondazionefrancobasaglia.it/images/pdf/INVENTARIO_2014_PDF12.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRETO, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Prevalência de transtornos mentais comuns em professores da rede municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(12), 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200017>. Acesso em: 16 out. 2016.

_____. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 189-199, maio/agosto 2005. Disponível em: <www.scielo.com.br>. Acesso em: 12 out. 2016.

GAULEJAC, Vicente; GIUST-DESPRAIRES, Florence; MASSA, Ana. **Le recherche clinique em sciences sociales**. Toulouse: Éditions ÉRES, 2013.

GAULEJAC, Vicente; HANIQUE, Fabienne; ROCHE, Pierre. **La sociologie clinique: Enjeux théoriques et methodologiques**. Toulouse: Éditions ÉRES, 2012

GAULEJAC, Vicente. **L’histoire em héritage: roman familial et trajectoire sociale**. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2012.

_____. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Tradução Ivo Stormiolo. Aparecida/SP: Ideias & Letras, 2007. (Coleção Management, 4).

_____. **As origens da Vergonha**. São Paulo: Via Lettera, 2006.

GEERTZ Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GENNEP, Arnold Van. **Os ritos de passagem**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

GENTILI, Pablo A.; SILVA, Tomaz T. (Orgs.). **Neoliberalismo, qualidade total e educação: visões críticas**. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **A falsificação do consenso: simulacro e imposição na reforma educacional do neoliberalismo**. Petrópolis: Vozes, 1998.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Tradução Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIDDENS, Anthony. **Em defesa da Sociologia: ensaios, interpretações e tréplicas**. Tradução Roneide Venâncio Majer; Klauss Brandini Gerhardt. São Paulo: 2001.

_____. **As consequências da modernidade**. Tradução Raul Fiker. São Paulo: Unesp, 1991. (Biblioteca Básica).

GIUBERTTI, Adriana Maria. O caráter multifacetário inerente ao ato de trabalhar. **Revista Facitec**, v.1 n. 1, Art.4, março. 2007.

GOFFMAN Erving. **Os quadros de experiência Social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. Tradução Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

_____. **Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face**, Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução Mathias Lambert (Texto digitalizado): 2004. Disponível em:

<<http://pt.slideshare.net/guimaraespamela/livro-completo-estigma-erving-goffman>>. Acesso em set. 2014.

_____. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOMES, Romeu; MENDONÇA, Eduardo A. representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely F. (Orgs). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

GOUVEIA, Engel Magali. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios - Rio de Janeiro, 1830-1930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

GRANDI, Casimira; TAIANI, Rodolfo (A cura di). **Alla ricerca delle menti perdute: progetti e realizzazioni per il riutilizzo degli ex ospedali psichiatrici nei territori italiani appartenuti all'Impero austriaco**, Museo storico in Trento, Trento 2002.

GRASSI, Paulo R.; LAURENTI, Ruy. Implicações da introdução da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças em análise de tendência da mortalidade por causas. **Iesus**, VII (3), Jul/Set, 1998. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n3/v7n3a05.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.

GREMIGNI, Elena. **Insegnanti ieri e oggi: i docenti italiani tra precariato, alienazione e perdita di prestigio**, Milano, Italia: Franco Angeli, 2012.

_____. **Una precarietà istituzionalizzata: diventare insegnanti nella scuola pubblica italiana**, Scuola democratica, 1/2013. Disponível in: <<https://www.rivisteweb.it/rivisteweb/searchresults?fields%5bsearchOption%5d%5bdoi%5d=10.12828/73378>>. Acesso em: set. 2015.

GUARNIERI, Patrizia. **La storia della psichiatria: un secolo di studi in Italia**, Firenze, IT: Leo S. Olschki, 1991. (Biblioteca di Physis/1).

_____. **Per la storia della psiquiatria: alcune riflessioni**. L'Ospedale S. Maria della Pietà di Roma, volume III, edizioni Dedalo, 2003.

GUATTARI, Félix. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Tradução Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2004. (Psicanálise Século I).

GUIMARÃES, André Rodrigues. **Trabalho Docente Universitário: participação dos professores na implementação da contrarreforma da educação superior na UFPA**. 2014, 285f. Tese (Doutorado em Educação) - Instituto de Ciências da Educação, da Universidade Federal do Pará, 2014, Belém-PA.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem**. 2011. 212 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, 2011.

GUIMARÃES, Andréa et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2013, abr./jun.; 22(2): 361-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a12.pdf>>. Acesso em set. 2016.

GRANDE, Caroline. **O trabalho e o afeto**: prazer e sofrimento no trabalho dos professores da escola pública de Brasília. 2009. 213f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais - Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília. Brasília/DF, 2009.

HAGUETE, Teresa Maria Frota. **Metodologias na Sociologia**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2010.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 7ª ed. Rio de Janeiro: P&A, 2002.

HAN, Byung-Chul. **Sociedade do cansaço**. Tradução Enio Paulo Giachini. Petrópolis: Vozes, 2015.

HARGREAVES, A. **Os professores em tempos de mudanças**: o trabalho e a cultura dos professores na Idade Moderna. Lisboa: McGraw-Hill, 1998.

HAROCHE, Claudine. **A condição sensível**: formas e maneiras de sentir no ocidente. Tradução Jacy Alves de seixas e Vera Avellar Ribeiro. Rio e Janeiro: Contra Capa, 2008.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural. Tradução Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2013.

_____. **O neoliberalismo**: história e implicações. Tradução Adail Sobral; Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Loyola, 2013.

_____. **O enigma do capital e as crises do capitalismo**. Tradução João Alexandre Peschanski. São Paulo: BOITEMPO, 2011.

HELMAN, Cecil G. Aspectos culturais do estresse e do sofrimento. In: HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

_____. Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HEGENBERG, Leônidas. **Doença**: um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589.pdf>>. Acesso em 16 ago. 2016.

HISSA, Cássio E. Viana. **Entrenotas**: compreensões de pesquisa. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2013.

HONNETH, Axel. **Luta por reconhecimento**: a gramática moral dos conflitos sociais. Tradução de Luiz Repa. São Paulo: Ed. 34, 2015.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Tradução José Kosinski de Cavalcanti. 3ª Ed. Rio De Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

ITÁLIA. *Ministero dell'Intruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR)*. **Legge 13 luglio 2015 , n. 107** - Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale - n. 162. Disponível em: <http://1.flcgil.stgy.it/files/pdf/20150716/legge-107-del-13-luglio-2015-riforma-della-scuola.pdf>>. Acesso em: out. 2016.

ITALIA. Ministero della Salute. **Legge 13 maggio 1978, n. 180** - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Roma: pubblicata nella Gazzetta Ufficiale em 16 maggio 1978. Roma-Itália. Disponível em: <http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf>. Acesso em: Fev. 2015.

JACÓ-VILELA; Ana Maria; CEREZZO, Antônio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **Clio-Psyché Ontem: fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

JAPIASSU, Hilton. **A crise das ciências humanas**. São Paulo: Cortez, 2012.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia generale**. Traduzione dalla Setima edizione tedesca a cura del Prof. Dot. Romolo Priori. Roma: Il pensiero Scientifico Editore, 1965.

JÚNIOR, Raimundo Sérgio de Farias. **A precarização do trabalho e o adoecimento docente em instituições de ensino superior privadas/mercantis**. 2014. 269f. Tese (Doutorado em educação) -Instituto de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação /ICED/UFPa, Belém/PA, 2014.

KAUFMANN, Jean-Claude. **A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Tradução Thiago de Abreu e Lima Florencio. Revisão técnica Bruno César Cavalcanti. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

KEHL, Maria Rita. **O tempo e o cão: a atualidade das depressões**. 1ª. ed. revista. São Paulo: BOITEMPO, 2009.

_____. **Sobre ética e Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition**. New York: Basic Books.1988.

_____. **Patients and healers in the context of cultures: an exploration of borderland between anthropology and psychiatry**. Berkeley:University of California Press. 1980.

_____. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**,1978.

_____. EINSENBURG, Leon; GOOD, Byron. **Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research**. Annals of Internal Medicine, Philadelphia, v.88, pp.251-258. 1978.

KOFES, Suely. **Uma trajetória, em narrativas**. Campinas/SP: Mercado de Letras, 2001.

KORTE, Gustavo. **Introdução à metodologia transdisciplinar**. São Paulo: NEST, 2000.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. **Emoções, Sociedade e Cultura**. Curitiba: CRV, 2009.

_____. **Sociologia da Emoção**. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. A Dor como objeto de pesquisa social. **Ilha Revista de Antropologia**. V, 18, n. 2 (2016). Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/14502>>. Acesso em 10 fev. 2017.

_____. Pela consolidação da sociologia e da antropologia das emoções no Brasil. **Revista Sociedade e Estado** - Volume 29 Número 3 Setembro/Dezembro 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v29n3/a09v29n3.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

_____. Cultura emotiva e processo social: medos corriqueiros, risco e sociabilidade. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 15, n. 44, p. 22-34, agosto de 2016. ISSN: 1676-8965. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/Index.html>>. Acesso em 13 fev. 2017.

KUMAR, Krisjan. **Da sociedade pós-industrial à pós-moderna: novas teorias sobre o mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

KUSCHNIR, Karina. **Antropologia política**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

LABATE, Beatriz Caiuby et al. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador/BA: EDUFBA, 2006.

LAHIRE, Bernard. **A cultura dos indivíduos**. Tradução Fátima Murad. Porto Alegre: ARMED, 2006.

_____. **Retratos Sociológicos: disposições e variações individuais**. Porto Alegre: ARTMED, 2004.

LANGDON, Esther; WIIK, Jean Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 18(3): [09 telas] mai-jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em jun. 2013.

LANGDON, Esther Jean. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n.3, maio-jun. 2010.

_____. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Florianópolis: UFSC. 1996.

LAPLANTINE, François. **Aprender etnografia**. Tradução Aramon Américo Vasques. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAUREL, Asa C, NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Editora Hucitec, 1989.

LAZZARATO, Maurizio. NEGRI, Antonio. **Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade**. Introdução de Giuseppe Cocco. Tradução de Monica de Jesus Cesa. 2ª. Ed. s/l: Lamparina, 2013.

LAZZARATO, Maurizio. **As revoluções do capitalismo**. Tradução Leonora Corsini. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. (A Política no Império).

LEAL, Ondina Fachel. **Corpo e significado**. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRS. 1995.

LE BRETON, David. **Antropologia do corpo**. Tradução Fabio dos Santos Creder Lopes. 4ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

_____. **Antropologia da dor**. Tradução Iraci D. Poleti. São Paulo: Fap-Unifesp, 2013.

_____. **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade**. Tradução Marina Appenzeller. Campinas, SP: Papirus, 2007.

_____. **Sociologia do corpo**. Petrópolis, Editora Vozes, 2006.

LEIBNIZ, G. W. **A monodologia e outros textos**. Organização e tradução de Fernando Luiz Barreto Gallas e Souza, São Paulo: Hedra, 2009.

LEIRNER, Piero de Camargo. **Hierarquia e individualismo em Louis Dumont**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LEJEUNE, Philippe. **O pacto autobiográfico: de Rousseau à Internet**. Organizado por Jovita Maria G. Noronha. Tradução de Jovita Maria G. Noronha; Maria Inês Coimbra Guedes. Belo Horizonte, UFMG, 2008.

LE MOS, Jadir Camargo. **Cargas psíquicas no trabalho e processos de saúde em professores universitários**. 2005, 147f. Tese (Doutorado em engenharia de produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção/Centro Tecnológico da universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LEVEN, Michel Marie (Org.). **Afeto e política: metodologia qualitativa história oral de vida e sociologia clínica**. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da UFMG, Linha, Tela e Texto, 2008.

LEVI, Primo. **É isto um homem?** Tradução Luigi Del Re. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

LÉVINAS, Emmanuel. **De Deus que vem à ideia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

_____. **Entre Nós**. Ensaios sobre alteridade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

_____. **O humanismo do outro homem**. 3ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

_____. **Descobrimos a existência com Husserl e Heidegger**. (DEHH) (1947). Tradução Fernanda Oliveira, Lisboa, Portugal: Instituto Piaget, 1998.

_____. **Ética e infinito: diálogos com Philippe Nemo**. (E.I). (1982). Tradução João Gama, Lisboa, Portugal: Edições 70, 1988.

_____. **Totalidade e infinito**. (TI). (1961). Tradução José Pinto Ribeiro, Lisboa, Portugal, Edições 70, 1988.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O feiticeiro e sua magia**. Disponível em:

<http://files.comunidades.net/magiaamazonica/Claude_LeviStrauss__O_Feiticeiro_e_Sua_Magia.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2016

_____. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. 1975.

LIMA, Elizabeth Araújo et al. (Orgs.). **Subjetividade contemporânea: desafios teóricos e metodológicos**. Curitiba, PR: CRV, 2010.

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, P. 593-606, jul – set, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0593.pdf>>. Acesso em jan. 2015

LISPECTOR, Clarice. Felicidade clandestina. In: **Contos**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

_____. Laços de Família. In: **Contos**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

LORDON, Frédéric. **A sociedade dos afetos: por um estruturalismo das paixões**. Tradução Rodolfo Eduardo Scachetti; Vanina Carrara Sigrist. 1ª. Ed. Campinas/SP: Papirus, 2015.

LOURENÇO, Edvânia Â. de Souza; NAVARRO, Vera Lúcia (Orgs.). **O Averso do Trabalho III: saúde do trabalhador e questões contemporâneas**. São Paulo: Outras Expressões, 2013.

LOWY, Michael. Sobre o conceito de “afinidade eletiva” em Max Weber. Tradução de Lucas Amaral de Oliveira e Mariana Toledo Ferreira. **Plural**, Revista do Programa de Pós-graduação em Sociologia da USP, São Paulo, v.17.2, 2011, pp.129-142. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/plural/article/download/74543/78152>. Acesso em: 01 abr., 2016.

MACIEL, Regina Heloisa et al. Afastamentos por transtornos mentais entre professores da rede pública do Estado do Ceará. **O público e o privado**, nº 19, jan.-jun./2012). Disponível em:

<<http://www.seer.uece.br/?journal=opublicoeoprivado&page=article&op=view&path%5B%5D=329>>. Acesso em: 15 out. 2016.

MACIEL, Davi. O governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992). **Revista UFG**, dez./2011. Ano XIII, nº 11. Disponível em:

<http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/dezembro2011/arquivos_pdf/artigos_o_governo.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.

MAFFESOLI, Michel. **O instante eterno**: o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas. Tradução de Rogério de Almeida e Alexandre Dias. São Paulo: Zouk, 2003.

MARTINS, Paulo Henrique; FONTES, Breno. **Redes sociais e saúde**: novos desafios teóricos, Recife: Editora da UFPE, 2004.

MARTINS, Paulo Henrique. Sociologia, intervenção e ação social. Estudos de Sociologia: **Revista do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPE**. Recife, 2000.

MARTINS, Carlos Alberto. A pluralidade dos mundos e das condutas: a contribuição de Pierre Bourdieu para a Educação. **Em Aberto**, n. 9, v.64, pp. 59-72, 1990.

MARTINS, Francisco. O que é phatos? **Ver. Latinoam. Psicop. Fund.**, II, 4, 62-80. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n4/1415-4714-rlpf-2-4-0062.pdf>>. Acesso em: mar. de 2016.

MARX, Karl. **O capital**. Trad. de Gabriel Deville. Bauru, SP: Edipro, 2008. (Série Clássicos Edipro).

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto comunista**. Tradução Maria Lúcia Como. 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997. (Coleção Leituras).

MASSELLA, Alexandre Braga et al. (Orgs.). **Durkheim**: 150 anos. Belo Horizonte: Sociedade Cultura, 2009.

MATSUO, Myrian. **Trabalho informal e desemprego**: desigualdades sociais. 2009, 384f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

MAUSS, Marcel. **A expressão obrigatória dos sentimentos**: rituais orais funerários australianos. Ensaios de Sociologia. São Paulo: Perspectiva, 1981.

_____. As técnicas corporais. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1980.

_____. **Sociologia e antropologia**. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Cosac Naify, 2005.

MEIRELES, Marilucia Melo. **Anomia**: ruptura civilizatória e sofrimento psíquico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. (Coleção Clínica Psicanalítica).

MELUCCI, Alberto. **O jogo do eu**: a mudança de si em uma sociedade global. Tradução Adriano R. Marinho et al. São Leopoldo, RS: Unisinos, 2004.

_____. **Por uma sociologia reflexiva**: pesquisa qualitativa e cultura. Tradução Maria do Carmo A. do Bonfim. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MENDES, Ana Magnólia (Org.) **Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão**. Curitiba/PR: JURUÁ, 2008.

MERTON, Robert K. **Sociological ambivalence and other essays**. New York: The Free Press, 1976.

_____. **Sociologia, teoria e estrutura**. São Paulo: MESTRE JÓU, 1970.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do capital**. Tradução Raul Cornejo [et al.]. 2 ed. Rev. e Ampliada. São Paulo: BOITEMPO, 2011.

_____. **O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo no século XXI**. Tradução Ana Cotrim e Vera Cotrim. São Paulo: BOITEMPO, 2007.

MILLES, C. Wrigth. **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MINAYO, Carlos Gomez; COSTA, Sonia Maria da Fonseca Thedim. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública** 13 (supl. 2): 21-32, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>>. Acesso em maio 2014.

_____. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 8 (1): 125-136, 2003. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63042995010.pdf>>. Acesso em maio 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2000, vol.5, n.1.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 25 (3); 233-8, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n3/12.pdf>>. Acesso em abr 2014.

_____. **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

_____. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MUNDIM, Maria Célia Bruno. Saúde mental e trabalho: levantamento das publicações na Scielo e Pepsic. **Barbarói - Santa Cruz do Sul**, v.36, ed. esp, p.110-119, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/2930/2108>>. Acesso em agosto de 2014.

MONTEIRO, Maurílio de Abreu. A ICOMI no Amapá: meio século de exploração mineral. **Novos Cadernos NAEA**, v. 6, n. 2, p. 113-168, dez. 2003. Disponível em:<http://repositorio.ufpa.br:8080/jspui/bitstream/2011/3158/1/Artigo_IcomiAmapaMeio.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

MORAES, Maria Regina Cariello. Resenha - Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social GAULEJAC, Vincent de. Tradução: Ivo Storniolo. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007. 338 p.. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, 37 (126): 287-289, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v37n126/a10v37n126.pdf>>. Acesso em: maio de 2016.

MOREIRA, Herivelto; CALEFFE, Luiz Gonzaga. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MORIN, Edgar. **Ciência com consciência**. Tradução Maria D. Alexandre; Maria Alice Sampaio Dória. Edição revista e modificada pelo autor. 14ª. Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 350p.

MOURA, Thelma Maria de. **Foucault e a escola: disciplinar, examinar, fabricar**. 2010. 95f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação, Goiânia, GO, 2010.

MUCHAIL, Salma Tannus; FONSECA, Márcio Alves da; NETO, Alfredo Veiga. (Orgs.) **O mesmo e o outro: 50 anos de história da loucura**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

NASCIMENTO, Juliana Luporini do. **Uma (con) figuração: cientistas sociais, antropólogos, sociólogos e cientistas políticos em saúde no Brasil**. 2011, 285f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2011.

NETO, Lauro. Depressão tira 1.210 professores de sala da rede estadual do Rio: afastamento por motivos psiquiátricos foi a segunda maior causa. In: **O Globo.com**, publicado em 01 mar. 2015. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/educacao/depressao-tira-1210-professores-de-sala-da-rede-estadual-do-rio-15469366>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

NEVES, Sandra Regina Smith. **Comportamento suicida: a vivência cotidiana da desigualdade e da exclusão social**. 2007, 187 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2007.

NIETZSCHE, Friedrich. **A genealogia da moral**. São Paulo: Escala, 2013.

NIEWIADOMSKI Christophe. **Recherche biographi que et clinique narrative: endendre et écouterle sujet contemporain**. Toulouse: ÉRÈS, 2012.

_____. Indivíduo pós-moderno, sofrimento psíquico e desafios do trabalho educativo. In: **CRONOS**, Revista do PPGCS/UFRN, vol. 5/6, n° 1/2, 2005, pp 79-91.

_____. **Histoires de vieet alcoolisme: à la recherche d'un espace de construction de sensave** les personnes alcooliques. Paris: SeliArslan, 2000.

NÓVOA, Antônio (Org.). **Profissão professor**. Lisboa: Porto, 1999.

Organization - Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS). Brasília, D.F., Brazil 2007.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial da Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde, Lisboa: Direção Geral da Saúde, 1.ª edição, Abril de 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em 23 jul. 2016.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Tradução da edição em português a cargo do Escritório Central da Oficina Panamericana de Saúde e Revisão técnica da mesma pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil. Brasília, 2001.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde** (OMS/WHO) 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

ONNIS, Luigi; LO RUSSO, Giuditta. **Dove vala Psichiatria? Parei a confronto sus alute mentale e manicomi in Italia dopo la legge**. Milano, Italia: Giangiacomo Feltrinelli Editore, 1980.

ORNELLAS, Maria de Lurdes S. **[Entre]vista: a escuta revela**. Salvador: EDUFBA, 2011. (V.1 - Série Métodos e Técnicas de Pesquisa).

ORTIZ, Renato (org.). **Pierre Bourdieu**: sociologia. São Paulo: Ática, 1983.

O'SULLIVAN, Suzanne. **Isso é coisa da sua cabeça**: histórias verdadeiras sobre doenças imaginárias. Tradução Lourdes Sette. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2016.

PAHL, Ray. **Depois do sucesso**: ansiedade e identidade fin-de-siècle. Tradução Gilson César Cardoso de Sousa. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997. (Biblioteca básica).

PAIS, José Machado. **Nos rastros da solidão**: deambulações sociológicas. Lisboa: AMBAR, 2006.

_____. **Sociologia da vida cotidiana**: teorias, métodos e estudos de caso. Lisboa: ICS, 2012.

PAIVA, Antônio Cristian Saraiva. **Reservados e invisíveis**: o etos íntimo das parcerias homoeróticas. Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal do Ceará. Campinas, SP: Campos editores, 2007.

_____. **Sujeito e laço social**: a produção de subjetividade na arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2000.

PANTOZZI, Giuseppe. La deportazione in Germania dei malatidi mente durante la seconda guerra mondiale. **Studi trentini di scienzestoriche**. 75, 1: 367-396, 1996.

_____. **Storia delle idee e delle legge psichiatriche** (1780-1980). Trento-Itália: Edizioni Centro Studi Erikson, 1994.

_____. **Gli spazi della follia:** storia della psiquiatria nel Tirollo e nel Trentino 1830-1942. Trento, Italia: Centro Studi M. H. Erickson, 1989.

PASSEGGI, Maria da Conceição (Org.). **Tendências da pesquisa (auto) biográfica.** São Paulo: PAULUS, 2008.

PASSEGGI, Maria da Conceição; SOUZA, Elizeu Clementino de. (Orgs.). **(Auto) Biografia:** formação, territórios e saberes. São Paulo: PAULUS, 2008.

PESSINI, Leo. (2002). Humanização da dor e sofrimento humano no contexto hospitalar. **Bioética**, Brasília, Conselho Federal de Medicina, 10(2). 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23\(2\)037.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0203/pdfs/IS23(2)037.pdf)>. Acesso em: set. 2016.

PEIRANDO, Marisa. **Rituais ontem e hoje.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. **O dito e o feito:** ensaio de antropologia dos rituais. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

PELBART, Peter Pál. **O avesso do niilismo:** cartografias do esgotamento. São Paulo: N-1 edições, 2013a.

_____. Palestra proferida no “Seminário Espaço, Trabalho e História”, realizada no dia 24 de maio de 2014, em Belo Horizonte, registrada em vídeo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Y0HsdnXxcF4>>. Acesso em: jun. 2016.

_____. **Viver não é sobreviver:** para além da vida aprisionada. 2013b. Fala no III Seminário Internacional “A educação medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças”. Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/63611-viver-nao-e-sobreviver-para-alem-da-vida-aprisionada-peter-pal-pelbart-primeira-parte>>. Acesso em 26 de maio de 2016.

_____. Do niilismo à microfísica. In: LIMA, Elizabeth Araújo; NETO, João L. Ferreira; ARAGON, Luís Eduardo (orgs.). **Subjetividade contemporânea:** desafios teóricos e metodológicos. 1ª. ed. Curitiba: Editora CRV, 2010.

_____. **Da clausura do fora ao fora da clausura:** loucura e desrazão. São Paulo: Brasiliense, 1993a.

_____. **A nau do tempo-rei:** sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993b. - (Série Logoteca).

PELIZZOLI, Marcelo (Org.). **Saúde em novo paradigma:** alternativas ao modelo da doença. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2011.

PESSOA, Fernando. **ABC de Fernando Pessoa:** citações em verso e prosa. São Paulo: Leya, 2015.

PESSOTTI, Isaias. **Os nomes da loucura.** 1ª. ed., São Paulo: Editora. 34, 1999.

_____. **O século dos manicômios**. 1ª. ed., São Paulo: Editora. 34, 1996.

_____. **A Loucura e as épocas**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

PERRENOUD, Philippe et al. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PINHEIRO, Carlos Henrique Lopes. **Trajatórias docentes: mobilidade no contexto da interiorização e expansão do ensino superior público no estado do Ceará**. 2013, 252f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

PINTO, Manoel de Jesus de Souza. **O fetiche do emprego: um estudo sobre as relações de trabalho de brasileiros na Guiana Francesa**. São Paulo: IGLU, 2011.

PRECIOSA, Rosane. Escrever/Balbuçar. **Cadernos de Subjetividade**. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, PUCSP. Dezembro, 2010a. Rumores discretos da subjetividade: sujeito e escrita em processo. Porto Alegre: Sulina: Editora da UFRGS, 2010b.

PRICE, Richard. Meditação em torno dos usos da narrativa na antropologia contemporânea. **Horizonte Antropológico**, São Paulo, v.10, n.21, pp.293-312. 2004.

RABELO, Miriam Cristina. M.; SOUZA, Iara Maria de Aparecida; ALVES, Paulo César (Orgs.). **Trajatórias, sensibilidades, materialidades: experimentações com a fenomenologia**. Salvador: EDUFPA, 2012.

_____. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1999.

REZENDE, Claudia Barcelos; COELHO, Maria Claudia. **Antropologia das emoções**. Rio de Janeiro: FGV, 2010. (Série Sociedade e Cultura).

RESENDE, Haroldo de. **A história na perspectiva genealógica de Michel Foucault**. XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, Londrina, 2005. **Anais...** Londrina: UFUANPU, 2005. Disponível em: <<http://anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.0434.pdf>>. Acesso em jul. 2016.

RHÉAUME, Jacques. Raconter sa vie: avec quels savoirs et pour quoi faire? In: GANDOLFO, M. Inês; TAFURI, Conceição M. Izabel; CHATELARD, Daniela Scheinkman (Orgs.). **Psicologia Clínica e Cultura Contemporânea 2**, pp. 121-145. Brasília, DF: Technopolitik, 2015. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/psicologia_clinica_cultura_contemporanea_2.pdf>. Acesso em: agosto de 2015.

ROBALINO, Magaly. A saúde e o trabalho na educação da América Latina. **Revista Retratos da Escola**, Brasília, v. 6, n. 11, p. 315-326, jul./dez., 2012. Disponível em: <<http://www.esforce.org.br/index.php/semestral/article/viewFile/212/400>> Acesso em: 03 abr.2013.

ROCHA, Maria Luiza Santos da; JUNIOR, Garcia de Lima. **Texto produzido a partir do II encontro Pará-Amapá do SOME: integração, revitalização e políticas públicas para os povos do campo, dos rios e das florestas!** Macapá-AP, setembro de 2013.

RODRIGUES, Lea Carvalho. **Banco do Brasil: crise de uma empresa estatal no contexto de reformulação do Estado brasileiro.** 2001. 636f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Departamento de Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2001.

RODRIGUES, Nubia; CAROSO, Carlos Alberto. Ideia de 'Sofrimento' e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In: DUARTE Luiz Fernando; LEAL, Ondina Fachel. (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

RODRIGUES, Sônia Viana. **Rituais de Sofrimento.** 2011, 157f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

ROMEIRO, Vieira. **Semiologia Médica.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1980.

ROSE, N. **Inventing our selves: psychology, power, and personhood.** Austrália: Cambridge University, 1996.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota; MAURI, Diana. **Desinstitucionalização.** São Paulo: HUCITEC, 2001.

ROTELLI, Franco. **Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma.** Trieste: Asterios Editore, 1999.

ROTELLI, F. et al. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos, Psiquiatria sem hospícios - contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica** (Bezerra, B. et al orgs) Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Porque a Psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ROUDINESCO, Elisabeth. (Org.). **Leituras da História da loucura.** Tradução Maria Ighes Duque Estrada. São Paulo: Relume-Dumará, 1994.

SALLES, Mariana Moraes. **Vida cotidiana de usuários de CAPS: a (in) visibilidade no território.** 2011. 337f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SALLUM, Brasílio Junior. O Brasil sob Cardoso: neoliberalismo e desenvolvimentismo. *Tempo Social; Rev. Social.* USP, São Paulo, 11(2): 23-47, out. 1999 (editado em fev. 2000). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ts/article/view/12305/14082>>. Acesso em: 02 out. 2016.

SANT'ANNA, D. B. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea.** São Paulo: Estação Liberdade, 2001.

SANTOS, Boaventura de Sousa (Org.). **A globalização e as ciências sociais**. 4ª. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 7ª edição. Porto: Edições Afrontamento, 1999.

SANTOS, João Bosco Feitosa dos. **O avesso da maldição do gênesis: a saga de quem não tem trabalho**. São Paulo: Annablume, 2000.

SANTOS, Yara Magalhães dos; SILVA, Sérgio Pereira da. O niilismo nietzschiano como mais uma referência analítica para a compreensão do fenômeno do mal-estar docente, **Conjectura: filosofia educação**. Caxias do Sul, v. 19, n. 1, p. 139-156, jan./abr. 2014. Disponível em: <www.uces.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/.../1852/pdf_229>. Acesso em: 04 out. 2016.

SANTOS, Filho, S. B. **Avaliação e humanização em saúde: aproximações metodológicas**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2009.

SARTI, Cynthia. Saúde e Sofrimento. In: MARTINS, Carlos Benedito; DUARTE, Luiz Fernando Dias (Ogs.). **Horizontes das Ciências Sociais no Brasil: Antropologia**. São Paulo: ANPOCS. 2010. pp. 197-223.

_____. Corpo e Doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol.25, nº 74, Outubro, 2010. pp.77-191.

_____. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade** 10 (1): 3-13, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

SAYAD, Jane Dutra. **Mediar, medicar e remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SCHUCH, Patrice et al. (Orgs.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: EdUFRGS, 2010.

SCHUTZ, Alfred. **Sobre a Fenomenologia e relações sociais**. Tradução Raquel Weiss. Petrópolis-RJ: Vozes, 2012. (Coleção sociologia).

_____. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

SCHULTZ, Theodore W. **O valor econômico da educação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1973.

SCHÜTZ, Fritz. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. Tradução Denilson Werle. Revisão Wivian Wellenl. **Neue Praxis**, 1, 1983, p. 283-293.

SCHWARTZ, Theodore; WHITE, Geoffrey M.; LUTZ, Catherine A. **New directios in psychological anthropology**. New York: Cambridge University Press, 1992.

SCOTT, John (Org.) **Sociologia: conceitos-chave**. Tradução Carlos Alberto Medeiros; Consultoria técnica de Luis Fernando Dias Duarte. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2010.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública**, 31 538 (5): 538-42, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>>. Acesso em 03 ago. 2016.

SENNETT, Richard. **Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação**. Tradução Clóvis Marques. 1ª.ed. Rio de Janeiro: Record, 2012a.

_____. **A corrosão do caráter: o desaparecimento das virtudes com o novo capitalismo**. Tradução Marcos Santarita. Rio de Janeiro: Best Bolso, 2012b.

_____. **A cultura do novo capitalismo**. Tradução Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2006.

_____. **Respeito: a formação do caráter em um mundo desigual**. Tradução Ryta Vinagre. Rio de Janeiro: Record, 2004.

_____. **Autoridade**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____. **O artífice**. Tradução Clóvis Marques. Rio de Janeiro: RECORD, 2000.

SCIOCCHETTI, Gian Piero. **Il manicômio provinciale Tirolese di Pegine dalla sua ideazione all'entrata in vigore della legge n.180 del 13 maggio 1978**: raccolta del 13 maggio: Racolta dinotizie relative ai manicomie sistentinei territori della Regione Autonoma Trentino Alto Adige. s/d.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: out. 2016.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Trabalho e desgaste mental: o direito de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SENKECVICS, Adriano. **A feminização do magistério: considerações iniciais**. Disponível em: <<https://ensaiosdegenero.wordpress.com/2011/12/05/a-feminizacao-do-magisterio/>>. Acesso em: 24 out. 2016.

SHALINS, Marshal David. **Cultura na Prática**. Tradução Vera Ribeiro. 2ª. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007. (Coleção Etnologia).

SHUCH, Patrice (Org.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: UFRGS, 2010.

SILVA, Flávia Gonçalves da. **O professor e a educação: entre o prazer, o sofrimento e o adoecimento**. 2007, 419f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

SILVA, Telma Camargo da. Soldado é superior ao tempo: da ordem militar à experiência do corpo como locus de resistência. **Horizontes Antropológicos** (Número temático: Corpo, doença e saúde). Ano 4, 9 out. de 1998. pp.119-143.

SILVA, Sérgio Pereira da. Adoecimento da vontade de ensinar e adoecimento da vontade de aprender diria o Prof. Nietzsche. In: **Seminário Nacional de Filosofia e Educação**, 2. 2006, Santa Maria. Anais [...] Santa Maria: UFMS, 2006. pp. 1-11.

SILVA, Alan Camargo; FERREIRA, Jaqueline. Resenhas book reviews. **Ciência, saúde coletiva** vol.18. Ano 6. Rio de Janeiro. Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600036>. Acesso em 12 de nov. 2014.

SILVERIA, Maria Lucia. **O nervo cala, o nervo fala**: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2000.

SIMMEL Geoge. **On individuality and social forms**. Chicago: The University of Chicago Press, Chicago, 1971.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

SOUZA, Alicia N. de; PITANGUY, Jacqueline (Ogrs.). **Saúde, corpo e sociedade**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

SOUZA, Aparecida Neri de; LEITE, Marcia de Paula. Condições de trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 32, n. 117, p. 1105-1121, out.-dez. 2011. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: out. 2016.

SOUZA, Aparecida Neri. Professores, modernização e precarização. In: Antunes, Ricardo (Org.). **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

Souza, Aparecida Neri de (Cord.). **Resenhas Volume 1. Condições do trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no Brasil.**, Dezembro, 2006. Departamento de Ciências Sociais na Educação - Faculdade de Educação - Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

SOUZA, I. **Na trama da doença**: uma discussão sobre redes sociais e doença mental, 1995. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Salvador: Universidade Federal da Bahia.

SOUZA, I. & RABELO, M. Imagens do Eu em uma trajetória de enfermidade. In: **Encontro anual da ANPOCS**, XIX, 1995, Caxambu, Minas Gerais.

SPITZ, Lucia. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. **Saúde Mental no Hospital Geral. Cadernos do IPUB**, nº 6, Instituto de Psiquiatria/UFRJ, 1997.

SPINOZA, Benedictus Baruch de. **Ética**. Tradução e notas de Tomaz Tadeu. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2010.

SZASZ, Thomas Stephen. **Ideologia e saúde mental**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

_____. **O mito da doença mental:** fundamento de uma teoria da conduta pessoal. Tradução de Irley Franco e Carlos R. Oliveira. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. **A fabricação da loucura:** um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

TAKEUTI, Norma Missae; NIEWIADOMSKY, Chistophe. (Orgs.). **Reinvenções do sujeito social:** teorias e práticas biográficas. Porto Alegre: Sulina, 2009.

TARDE, Gabriel. **Monadologia e Sociologia.** Tradução Tiago Seixas Themudo. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TARDIF, Maurice. **Saberes Docentes:** Formação Profissional. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2002.

TARDIF, Maurice; LESSARD, Claude. (Orgs.). **O trabalho docente: elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas.** Tradução João Batista Kreuch. 9ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014a.

_____. (Orgs.). **O ofício do professor:** história, perspectivas e desafios internacionais. Tradução de Lucy Magalhães. 6ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2014b.

TEIXEIRA, Adla Betsaida Martins; FREITAS, Marcel de Almeida. Mulheres na docência do ensino superior em cursos de física. **Ensino em Re-Vista**, v.21, n.2, p.329-340, jul./dez. 2014. Disponível em: <www.seer.ufu.br/index.php/emrevista/article/download/28029/15436>. Acesso em: 24 out. 2016.

TELLES, Vera da Silva. **Nas tramas da cidade: trajetórias urbanas e seus territórios.** São Paulo: Humanitas, 2006.

THEISEN, Neiva Isolete dos Santos. **Agentes Comunitários de Saúde (ACS):** Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico. 2004. 160f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Político-Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul, 2004.

TOLEDO, Luiz Fernando; VIEIRA, Victor. São Paulo dá a professores 372 licenças por dia; 27% por transtorno mental. **Jornal o Estado de São Paulo**, 24 mar. 2016: Disponível em: <<http://educacao.estadao.com.br/noticias/geral,estado-da-a-professores-372-licencas-por-dia-27-por-transtornos-mentais,10000022938>>. Acesso em: 15 out. 2016.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.6, n.1, p. 73-86, 2001.

TOSTA, Tania Ludmila Dias. **Antigas e novas formas de precarização do trabalho:** o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade. 2008, 270f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2008
TOURAINÉ, Alain. **Crítica da modernidade.** Tradução Elia Ferreira Edel. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

TRANCHINA, Paolo; TEODORI, Maria Pia. (Acura di). **Premessa**. In: PIRO, S. **Fogli d'informazione**. Firenze, Itália: DBA Associazione, 2008.

TRANCHINA, Paola; TEODORI, Maria Pia. **Per una storia della nuova psichiatria italiana**: cronologia, collegamenti, bibliografici, appunti, con particolari riferimento ao fogli di informazione. Bozza: s/ed: 2008.

TURNER, Victor. **Dramas, campos e metáforas**: ação simbólica da sociedade humana. Rio de Janeiro: EDUFF, 2008.

_____. Os símbolos no ritual ndembo. In: _____. **Floresta de símbolos**. Rio de Janeiro: EDUFF, 2005.

_____. Liminalidade e “comunitas”. Tradução Nancy Campi de Castro. In: _____. O processo ritual: estrutura e anti-estrutura, Rio de Janeiro: Vozes, 1974.

UNESCO. **Relatório de monitorização global de 2010 “Educação para Todos”**. 2010. Disponível em: <<http://www.unesco.org/new/en/education/themes/leading-theinternational-agenda/efareport/reports/2010-marginalization/ports/2010-marginalization/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

VASCONCELOS, M. **A infâmia de Quincas**: (re)existências de corpos em tempos de biopolítica. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VASCONCELOS, Sandra Maia F. **Clínica do discurso**: a arte da escuta. Fortaleza: PREMIUS, 2005.

VEIGA-NETO, Alfredo; SARAIVA, Karla. Educar como arte de governar. Currículo sem Fronteiras, v. 11, p. 5-13, 2011.

VEIGA-NETO, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. Rebatimentos: a inclusão como dominação do outro pelo mesmo. In: MACHAIL, Salma Tannus; FONSECA, Márcio Alves da; VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs.). **O mesmo e o outro**: 50 anos de História da Loucura. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2013. (Estudos Foucaultianos).

_____. Governabilidade, neoliberalismo e educação. In: BRANCO, G. C.; VEIGA-NETO, Alfredo. (Org.) **Foucault: filosofia & política**, Belo horizonte, Autêntica editora, 2011.

_____. Dominação, violência, poder e educação escolar em tempos de Império. In: Margareth Rago; Alfredo Veiga-Neto. (Org.). **Figuras de Foucault**. 2ª ed. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2008, p. 13-43.

_____. Dominação, violência, poder e educação em tempos de Império. In: Margareth Rago; Alfredo Veiga-Neto. (Org.). **Figuras de Foucault**. 2ª ed. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2006, p. 13-38.

_____. **Foucault e a educação**, Belo Horizonte, MG: Autêntica editora: 2003. (Coleção Pensadores & Educação).

_____. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: PORTOCARRERO, V.; BRANCO, G. C. (Org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 179-217.

VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose**: autobiografia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

VENTURINI, Ernesto et. al. **O crime louco**. Tradução Maria Lúcia Karam. Brasília: CFP, 2012.

VERGELY, Bertrand. **O sofrimento**. Tradução Maria Leonor Loureiro. Bauru, SP: EDUSC, 2000. (Coleção Filosofia e Política).

VITELA, Ana Maria Jacó; CEREMZO, Antônio Carlos; RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. **Fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

WEBER, Florence. **Trabalho fora do trabalho**: uma etnografia das percepções. Tradução de Roberta Ceva. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

_____. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 157-170, jul./dez. 2009.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a07.pdf>>. Acesso em setembro de 2014.

XIBERAS, Martine. **As teorias da exclusão**: para uma construção do imaginário do desvio. Prefácio de Julien Freund. Porto Alegre: Instituto Piaget, 1993. (Coleção Epistemologia e Sociedade/41).

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. (Coleção Loucura e Civilização).

ZALUAR, Alba. Teoria e prática do trabalho de campo: alguns problemas. In: CARDOSO, Ruth C. L. (Org.). **Aventura antropológica**: teoria e prática. 4ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

ZIONI, F. e WESTPHAL, M. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3.

ANEXO 1 – CARTA DE APRESENTAÇÃO



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ



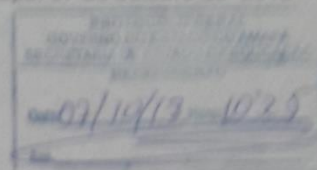
UNIFAP
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Macapá, 07 de outubro de 2013

À Secretaria de Educação do Estado do Amapá/SEED
Profa. Dra. Elda Gomes de Araújo

Prezada Secretária,

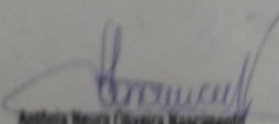


Tenho a satisfação de encaminhar, por meio desta, a doutoranda **SELMA GOMES DA SILVA**, residente na rua Dr. Braulino nº 1964, Bairro Universidade na cidade de Macapá-AP, psicóloga, mestre em Psicologia da Educação, professora lotada no Colegiado de Pedagogia desta IFES, que está cursando o Doutorado Interinstitucional (DINTER) em Sociologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) em convênio com a UNIFAP, a qual irá desenvolver a sua pesquisa intitulada **"Trabalho docente, anomia e sofrimento psíquico: um estudo de caso a partir do Serviço de Apoio Psicossocial da Secretaria de Educação do Amapá"**, no período de 2013-2016, sob a orientação do prof. Dr. Antonio Cristian Paiva do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFC.

Na referida pesquisa, a aluna trabalhará os aspectos referentes à saúde dos trabalhadores docentes, envolvendo os tipos de queixas que são encaminhadas para o Serviço de Apoio Psicossocial/SAPS da SEED/AP. Para desenvolver o seu trabalho, a aluna necessitará do acesso aos prontuários, observação de atendimentos e documentos oficiais relacionados à saúde dos docentes e demais dados sobre os serviços de atendimento e acompanhamento destinados aos docentes, bem como entrevistar profissionais de equipe técnica, professores/as em acompanhamento e gestores das escolas, onde os docentes em tratamento atuam. Garantimos que em todos os procedimentos da pesquisadora serão observadas segundo as exigências da ética científica tais como confidencialidade das informações, sigilo e anonimato dos sujeitos pesquisados.

Certos de poder contar com sua colaboração, agradecemos.

Atenciosamente


 Antonia Neura Oliveira Nascimento
 Secretária Geral de Pós-graduação
 Fone/Fax nº 566/2616/4311 AP

ANEXO 2 - REQUERIMENTO COM A ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DO AMAPÁ

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Profa. Dra. Elda Gomes de Araújo
Secretária de Educação do Estado do Amapá/SEED

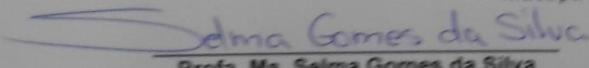
Prezada Senhora Secretária,

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada: **"Trabalho docente, anomia e sofrimento psíquico: um estudo de caso a partir do Serviço de Apoio Psicossocial da Secretaria de Educação do Amapá"**, a ser realizada no Serviço de Apoio Psicossocial/SAPS/Secretaria de Educação do Estado do Amapá/SEED, no período de 2013-2016, pela aluna **Selma Gomes da Silva**, devidamente matriculada no Programa de Pós-Graduação - Doutorado Interinstitucional/DINTER em Sociologia da Universidade Federal do Ceará/UFC e Universidade Federal do Amapá/UNIFAP, sob a orientação do Prof. Dr. **Antônio Cristian Saraiva Paiva**, com os seguintes objetivos: 1) Identificar as formas de manifestação do adoecimento psíquico dos professores da rede estadual atendidos pelo SAPS; 2) Verificar a relação entre o trabalho docente, o estado de anomia das instituições (família, escola, Estado) e o adoecimento psíquico dos professores da rede estadual do município de Macapá com o conceito de anomia e resiliência, recuperando a literatura da Sociologia e da Antropologia da Saúde e da Doença; 3) Descrever como o SAPS/SEED desenvolve o tratamento e acompanhamento dos professores da rede estadual do município de Macapá; 4) Acompanhar a relação das queixas e as formas de atenção psicossocial prestadas aos usuários do serviço, a partir de narrativas, trajetórias de adoecimento e "relatos de cura" de alguns sujeitos atendidos; necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos no SAPS, como consulta aos prontuários e documentos oficiais relacionados à saúde dos docentes; realização de grupos focais; observação de atendimento e demais dados sobre os serviços de atendimento e acompanhamento destinados aos professores e professoras; como também, entrevistar profissionais da equipe técnica, professores/ras em acompanhamento e gestores das escolas, onde os docentes em tratamento atuam. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

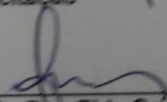
Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Macapá-Ap, 11 de outubro de 2013.


Profa. Ms. Selma Gomes da Silva
Pesquisadora Responsável do Projeto

Concordamos com a solicitação () Não concordamos com a solicitação


Profa. Dra. Elda Gomes de Araújo
Secretária de Educação do Estado do Amapá/SEED

Profª. Dra. Elda Gomes Araújo
Secretária de Educação
Docente nº 1806/2013-4673

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TECLE)

Senhor (a): _____, através deste termo solicitamos a sua autorização para participar da pesquisa intitulada: **Travessias entre a sala de aula e o consultório: trajetórias docentes, adoecimento e narrativas de sofrimento psíquico de professores.** que tem como **objetivo geral:** investigar os tipos, formas e histórias de sofrimento psíquico enfrentados pelos professores da rede pública estadual de Macapá, encaminhados ao Núcleo de Atenção à Saúde do Professor – Casa do Professor/SEED/AP. A pesquisa consistirá na análise de dados dos prontuários, entrevistas e escuta de narrativas dos professores, visando obter a compreensão das queixas manifestadas pelos usuários do Serviço, suas origens e possíveis relações com as condições de exercício do trabalho docente. A pesquisa terá duração de 3 anos e meio, com o término previsto para fevereiro de 2017.

As informações serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, a privacidade será assegurada uma vez que o nome de seu (sua) será substituído de forma aleatória e fictícia.

Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. A participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento o Sr(a) poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e/ou **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

A sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevistas semi dirigidas.

O Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de saúde mental e sua relação com o trabalho docente.

Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Nome do Orientador
Dr. Antônio Cristian Saraiva Paiva
Universidade Federal do Ceará/UFC
Cel: (85) 9937.3393
e-mail:cristianspaiva@gmail.com

Nome da Orientanda
Selma Gomes da Silva
Universidade Federal do Amapá/UNIFAP
Cel: (96) 9112-7982
e-mail: selma@unifap.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amapá
Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP
Fones (96) 4009-2804/2805

Macapá-Ap, ____ de _____ de 20____.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em autorizar a participação do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Interlocutor:

(Assinatura)

APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA (DOCENTES)

1) **IDENTIFICAÇÃO** (Nome, função exercida, idade, anos de magistério).

2) **DADOS BIOGRÁFICOS RELEVANTES**: história familiar, classe social, história de migração, formação profissional, histórias de casamento, relacionamento, filhos, etc.

3) **HISTÓRIAS DE DOCÊNCIA**: experiências, percepções, expectativas, queixas, dificuldades relatadas no exercício da profissão, graus de satisfação com o trabalho docente, regimes de trabalho, etc.

4) **HISTÓRIAS DE ADOECIMENTO**: anamnese das dificuldades relatadas, sintomas, modos de percepção do adoecimento, linguagens utilizadas para se referir ao adoecimento e à queixa, crenças sobre a origem das doenças, modos de relacionamento com as dificuldades enfrentadas, percepções da família, da escola, dos alunos sobre os sintomas, histórias de tratamento, modos como concebe o tratamento e a cura, relação com medicamentos, com curas alternativas, tratamentos tradicionais; história da instituição, políticas de saúde do professor e do servidor público no estado do Amapá, transformações no serviço, equipe de profissionais que atuam formas de serviço oferecido, dados produzidos sobre atendimentos, reintegração ao trabalho, aposentadorias, etc.; dados dos prontuários e clientela: clientela/usuários "típicos", proporção homens/mulheres, queixas apresentadas, diagnósticos mais comuns, discussão de casos, emissão de pareceres médicos, prescrição de medicação, laudos, histórias clínicas mais interessantes; histórias clínicas acompanhadas.

APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA (TÉCNICOS)**IDENTIFICAÇÃO:****NOME:** _____ **FUNÇÃO:** _____**DATA:** _____ **HORA:** _____**TEMPO DE ATUAÇÃO:** _____**PRINCIPAIS PONTOS DA ENTREVISTA:**

Relatar sobre o atendimento realizado nessa instituição; formas de encaminhamentos realizados; participação da família no processo de tratamento do docente; relação do Psicossocial - Casa do Professor com as escolas; posição da SEED frente aos casos dos professores que estão em tratamento, que precisam de afastamento; percepções do adoecimento; principais queixas apresentadas pelos professores; fatores associados ao adoecimento; condições estruturais de trabalho dos professores; queixas mais recorrentes dos professores e professoras associadas ao trabalho; condições de atendimento e tipos de encaminhamentos; suporte estrutural da SEED à equipe multidisciplinar; trabalho docente e adoecimento mental dos docentes em tratamento; tempo usual de atendimento; instituições envolvidas no tratamento docente.