

Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Medicina Preventiva e Social

**Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência
junto a pacientes psicóticos**

Lilian Miranda

Campinas
Junho, de 2009

Lilian Miranda

**Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência
junto a pacientes psicóticos**

Tese de doutorado
Pós-graduação em Saúde Coletiva
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Estadual de Campinas

Orientadora: Prof. Dra. Rosana T. Onocko Campos –
Departamento de Medicina Preventiva e
Social/FCM/UNICAMP

Campinas
2009

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

M672t Miranda, Lilian
Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos / Lílian Miranda. Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientador : Rosana Teresa Onocko Campos
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de saúde mental. 2. Psicose. I. Campos, Rosana Teresa Onocko. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês: Transiting between the collective and the individual: reflections on the work of reference carried out together with psychotic patients

Keywords: • Mental health services
• Psychosis

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Área de concentração: Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Prof. Dr. Rosana Teresa Onocko Campos

Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

Prof. Dr. Mario Eduardo Costa Pereira

Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrente


Prof. Dr. Nelson Felice de Barros

Data da defesa: 19-06-2009

Banca examinadora da Tese de Doutorado

Aluno(a): Lílian Miranda

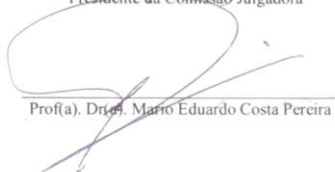
Orientador: Prof.(a). Dr.(a). Rosana Teresa Onocko Campos



Prof(a). Dr(a). Rosana Teresa Onocko Campos
Presidente da Comissão Julgadora



Prof(a). Dr(a). Juárez Pereira Furtado



Prof(a). Dr(a). Mario Eduardo Costa Pereira



Prof(a). Dr(a). Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté



Prof(a). Dr(a) Nelson Filice de Barros

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 19/06/2009

Aos pacientes que pude acompanhar na função de referência e comigo compartilharam suas conquistas, dificuldades, paixões, alegrias, sofrimentos e hesitações. Nessa partilha, toleraram meu processo de aprendizagem, meus questionamentos, descobertas, erros e êxitos, todos os quais me conduziram até essa tese.

Agradecimentos

Ao grupo de pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces* pelo trabalho compartilhado, as trocas e apoios.

Aos profissionais, usuários e familiares da rede de CAPS III de Campinas que, generosamente, contaram-me sobre suas experiências e permitiram que o trabalho de campo se efetivasse.

Aos usuários e colegas do CAPS Estação, com quem iniciei meu percurso profissional e partilhei experiências que instigaram essa pesquisa.

Aos aprimorandos que pude acompanhar nos programas de *Saúde Mental* e de *Planejamento e Administração dos Serviços de Saúde*, por compartilharem a vivacidade de suas questões, experiências e encantamentos, permitindo que a clínica continuasse a pulsar, quando eu iniciava o doutorado.

Aos alunos do curso de psicologia da Universidade do Centro Oeste do Paraná, pela acolhida e os instigantes desafios.

Às turmas dos Cursos de Especialização em Saúde Mental que pude acompanhar nas funções de facilitadora e co-coordenadora, agradeço pelo processo de aprendizagem compartilhado e pelas experiências narradas. Narrativas essas que muito me ajudaram a ampliar minhas questões, permitindo-me conhecer outras realidades de trabalho em Saúde Mental.

Aos profissionais de Ponta Grossa, que acompanhei na função de supervisora, também agradeço pelo compartilhamento das realidades de trabalho e o aprofundamento de questões que permearam essa tese.

Aos professores Erotildes Leal e Mário Eduardo Costa Pereira, pelas preciosas questões e sugestões feitas durante o exame de qualificação.

Ao professor Gastão Wagner de Sousa Campos, que além de criar o arranjo que é objeto desse estudo, foi generoso em ler o texto de qualificação e fazer valiosos apontamentos.

Aos professores Juarez Pereira Furtado, Mario Eduardo Costa Pereira, Mônica de Oliveria Nunes de Tarrenté e Nelson Felice de Barros, por aceitarem compor a banca de defesa dessa tese.

Ao Juarez Furtado, uma grande *referência* profissional, agradeço pela generosidade em me apontar tantos *vãos possíveis* e acompanhar vários deles.

À Rosana, pela orientação dessa tese, pelo constante incentivo, pelas várias oportunidades de trabalho e crescimento, pelos apoios de diversas ordens, pelas trocas, mas sobretudo pela imensa vitalidade que lhe é característica e que não se recusa em compartilhar.

À Ana Luiza, colega de grupo de pesquisa, pelo trabalho compartilhado que gerou gostosa amizade e por todo o apoio que nunca hesitou em me oferecer.

Ao Tato, pelas trocas instigantes, as deliciosas interlocuções virtuais, que diminuíram meu isolamento paranaense, e a disponibilidade em escutar minhas dúvidas e inseguranças durante a escrita da tese.

À Mari, que tive a felicidade de reencontrar no doutorado, agradeço pelas afinidades compartilhadas, que ela tão bem definiu como “amizade”.

À Cris, pelo carinhoso apoio, discreto e constante.

Ao Éder, com quem iniciei as incursões pela obra winnicottiana, agradeço pelos vários e precisos apoios.

À Cris, à Mari, à Vitória e ao Renato pelas acolhedoras e gostosas “hospedagens” em Campinas.

À Daniela, ao Guilherme e à Rosemeri que imprimiram algumas importantes “vírgulas” na escrita dessa tese e ajudaram a aquecer a *frieza guarapuavana*.

À minha mãe, ao meu pai, à Lu, ao Alê, ao Bruno e ao Rodrigo, pelo carinho familiar.

À Aurora Fernandes que, entre muitas outras coisas, tanto me ajudou a ampliar minha capacidade de aprender e minha disponibilidade para fazê-lo vivamente.

Ao Jean. Por tudo e, contudo, manteve-se sempre *suficientemente amoroso*.

RESUMO

Esta tese se sustenta num método qualitativo e participante, baseado na hermenêutica gadameriana e no paradigma construtivista. Nosso objetivo foi analisar o arranjo denominado “equipes ou profissionais de referência”, em relação ao tratamento de pacientes psicóticos, no contexto dos Centros de Atenção Psicossocial, no que diz respeito às suas funções clínicas e organizacionais. A coleta de dados foi feita através de dois ciclos de grupos focais constituídos por profissionais, usuários e familiares de usuários dos 6 CAPS da cidade de Campinas/SP, bem como por entrevistas em profundidade, desenvolvidas com usuários desses serviços. O material construído mostra que todos os CAPS se organizam através de equipes de referência, cujos profissionais se ocupam de um acompanhamento próximo e regular dos pacientes, configurando-se como profissionais de referência e se responsabilizando pelos projetos terapêuticos e a discussão coletiva dos casos. Essa organização é avaliada positivamente por todos os sujeitos da pesquisa. Para os usuários e seus familiares, os profissionais de referência são percebidos como centrais para a viabilização do tratamento. Eles destacam a confiabilidade como um dos eixos centrais da relação terapêutica e consideram que esta se constrói através das conversas, da sensação de serem percebidos em suas necessidades singulares e do suporte que obtém para a resolução de problemas práticos. Os trabalhadores ressaltam a potencialidade das equipes de referência para o compartilhamento e a co-responsabilização dos casos. Reconhecem a singularidade e a intensidade da relação entre profissionais de referência e usuários, mas apontam alguns paradoxos inerentes ao arranjo, tais como as tensões entre cuidado e tutela; atenção constante ao paciente e controle; proximidade afetiva e identificação narcísica. Através do referencial psicanalítico, apresentamos uma discussão acerca de algumas das necessidades emocionais dos pacientes psicóticos e da potencialidade do arranjo para respondê-las. Destacamos que a fertilidade desse trabalho depende de sua sustentação coletiva, a ser construída entre diversos atores que envolvem o usuário e o serviço, mediante permanente esforço de análise crítica. Para tanto, propomos a reflexão acerca de um posicionamento ético baseado na capacidade de o profissional envolver-se genuinamente com seus pacientes, podendo, ao mesmo tempo, abster-se e deixá-los traçar os sentidos do tratamento.

Palavras chave: Equipe de assistência ao paciente. Assistência centrada no paciente. Relações profissional - paciente. Serviços de Saúde Mental. Psicose.

Abstract

The present thesis applies a qualitative and participative method based on Gadamer's hermeneutics and the constructivist paradigm. Our goal was to analyze an arrangement called staffs or professionals of reference for the treatment of psychotic patients at Psychosocial Attention Centers regarding its clinical and organizational functions. Data collection was carried out in two cycles of focus groups consisting of professionals, users and their relatives in the six Psychosocial Attention Centers located in Campinas (SP), as well as through in-depth interviews of the users. The elaborated material shows that all the Psychosocial Attention Centers are organized by staffs of reference. Their professionals monitor patients closely and regularly, configure themselves as professionals of reference and take on the responsibility for therapeutic projects and the collective discussion of the cases. This type of organization was assessed positively by all the subjects of the research. Users and their families consider the professionals of reference as crucial for the development of the treatment. They highlight reliability as one of the main pillars of the therapeutic relationship and further state that this relationship is built up through conversations, the feeling that their specific needs are being perceived, and the support they get to solve practical issues. The workers point out the potential of the staffs of reference for the sharing and co-responsibility of the cases. They recognize the uniqueness and intensity of the relationship between professionals of reference and users, but also draw attention to some paradoxes inherent to the arrangement, such as the tensions between care and tutelage, permanent attention given to the patient and control, as well as emotional closeness and narcissistic identification. Based on the psychoanalytic referential, this thesis presents a discussion about some of the emotional needs of psychotic patients and the potential of the arrangement to meet them. We point out that the success of that work depends on the collective support it gets, which is to be built by the different participants that involve the user and the service in an ongoing effort of critical analysis. We therefore suggest a reflection on an ethical position based on the ability of the professional to get genuinely involved with his/her patients and, at the same time, to step back and let them trace the meanings of the treatment.

Key words: Patient care team. Patient centered care. Professional - Patient relations.
Mental health Services. Psychosis.

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| AGRADECIMENTOS | IX |
| RESUMO | XI |
| ABSTRACT | XII |
| PARTE I: ELUCIDAÇÃO DOS CAMINHOS DA PESQUISA..... | 17 |
| 1. INTRODUÇÃO | 19 |
| 1.1 APRESENTAÇÃO..... | 19 |
| 1.2 O OBJETO DE PESQUISA | 22 |
| 1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA | 28 |
| 2. TRADIÇÕES QUE SUSTENTAM ESTE TRABALHO | 31 |
| 2.1 UMA PROPOSTA DE POSICIONAMENTO DO PESQUISADOR | 31 |
| 2.2 SAÚDE COLETIVA: ALGUMAS QUESTÕES..... | 33 |
| 2.3 O CAMPO DA SAÚDE MENTAL..... | 38 |
| 2.4 ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE..... | 43 |
| 3. O MÉTODO..... | 51 |
| 3.1 BREVES REFLEXÕES SOBRE UMA CONCEPÇÃO DE PESQUISA CIENTÍFICA | 51 |
| 3.2 REFLEXÕES SOBRE O MÉTODO | 52 |
| 3.3 A HERMENÊUTICA COMO POSTURA METODOLÓGICA | 53 |
| 4. TÉCNICAS UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO DO MATERIAL DE PESQUISA | 61 |
| 4.1 OS GRUPOS FOCAIS..... | 61 |
| 4.1.1 <i>Como procedemos</i> | 66 |
| 4.1.2 <i>Breve discussão de questões suscitadas pela técnica de Grupos Focais</i> | 70 |
| 4.2 AS OFICINAS DE CONSTRUÇÃO DE PARÂMETROS E DISPOSITIVOS AVALIATIVOS..... | 75 |
| 4.3 AS ENTREVISTAS..... | 77 |
| 4.3.1 <i>Conceituação e procedimento</i> | 78 |
| 4.4 AS NARRATIVAS..... | 82 |
| PARTE II: DIÁLOGOS ENTRE O MATERIAL EMPÍRICO E ALGUMAS TRADIÇÕES TEÓRICAS..... | 91 |
| 5. TRABALHO DE REFERÊNCIA: UM CAMPO DE GESTÃO DA CLÍNICA..... | 93 |
| 5.1 NARRATIVA DO GRUPO FEITO COM PROFISSIONAIS DOS CAPS PARA TRATAR DO TRABALHO DE REFERÊNCIA | 94 |
| 5.2 NARRATIVA DA ENTREVISTA FEITA COM JOANA..... | 100 |
| 5.3 NARRATIVA DA ENTREVISTA FEITA COM CLARA | 104 |
| 5.4 FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE REFERÊNCIA: COMO PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E FAMILIARES EXPERIMENTAM E CONCEITUAM O ARRANJO..... | 107 |
| 5.4.1 <i>O que dizem os grupos focais de trabalhadores</i> | 107 |
| 5.4.2 <i>Associações entre os grupos de profissionais da Pesquisa Avaliativa e o grupo em que se discutiu exclusivamente o trabalho de referência</i> | 117 |
| 5.4.3 <i>Como usuários e familiares experimentam e descrevem as diferentes estruturações do trabalho de referência</i> | 122 |
| 5.5. INDICADORES E DISPOSITIVOS AVALIATIVOS | 132 |
| 5.6 CLÍNICA E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO: LAÇOS E NÓS | 133 |
| 6. PSICOSE E TRABALHO DE REFERÊNCIA: REFLEXÕES CLÍNICAS | 169 |
| 6.1 NARRATIVA DA ENTREVISTA FEITA COM SILVIA | 170 |

| | |
|--|------------|
| 6.2 NARRATIVA DA ENTREVISTA FEITA COM HELENA..... | 179 |
| 6.3 A CONSTRUÇÃO DE RELAÇÕES CONFIÁVEIS COMO UMA CATEGORIA DE ANÁLISE DO TRABALHO CLÍNICO DESENVOLVIDO PELO ARRANJO: O QUE DIZEM AS ENTREVISTAS E GRUPOS | 188 |
| 6.4 A PERTINÊNCIA DA DISCUSSÃO DA CLÍNICA EM RELAÇÃO AO ARRANJO DE REFERÊNCIA | 197 |
| 6.5 DESENVOLVIMENTO DE RELAÇÕES CONFIÁVEIS E POSSIBILIDADE DE APROPRIAÇÃO DA PRÓPRIA EXISTÊNCIA | 200 |
| 6.6 A FUNÇÃO NARRATIVIZANTE DO TRABALHO DE REFERÊNCIA | 211 |
| 7. ELEMENTOS CLÍNICOS ASSOCIADOS AO TRABALHO ESTRUTURADO EM EQUIPES DE REFERÊNCIA: NOVAS CONSTRUÇÕES | 221 |
| 7.1. NARRATIVA DA ENTREVISTA FEITA COM ADEMIR | 221 |
| 7.2. NARRATIVA DA ENTREVISTA FEITA COM VIVIANE..... | 228 |
| 7.3. A EQUIPE DE REFERÊNCIA COMO PADRÃO DE INTEGRAÇÃO..... | 233 |
| 8. ENTRE A PSICANÁLISE E A SAÚDE MENTAL: PARADOXOS, INTERDIÇÕES E ALGUNS BALIZAMENTOS ÉTICOS PARA O TRABALHO DE REFERÊNCIA..... | 241 |
| 8.1 NARRATIVA DA ENTREVISTA FEITA COM LAURA | 241 |
| 8.2. NARRATIVA DA ENTREVISTA FEITA COM KARINA | 251 |
| 8.3. ALGUNS QUESTIONAMENTOS ÉTICOS INDICADOS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA | 254 |
| 8.4. A ÉTICA NO CAMPO DA CLÍNICA: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA PSICANALÍTICA | 257 |
| 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 275 |
| 10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 279 |
| 10. ANEXOS | 293 |
| 10.1 ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL COM OS TRABALHADORES DOS CAPS | 293 |
| 10.2 ROTEIRO DO GRUPO FOCAL DE FAMILIARES DOS USUÁRIOS DOS CAPS..... | 294 |
| 10.3 ROTEIRO DO GRUPO FOCAL DE USUÁRIOS DOS CAPS..... | 295 |
| 10.4 ROTEIRO DO GRUPO SOBRE TRABALHO DE REFERÊNCIA..... | 296 |
| 10.5 ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA AS ENTREVISTAS | 296 |
| 10.6 DOCUMENTOS DE APROVAÇÃO DA REALIZAÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO | 297 |

PARTE I: Elucidação dos caminhos da pesquisa

1. INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

Este trabalho é o resultado de uma pesquisa de doutorado intitulada: *Transitando entre o coletivo e o individual: o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos e suas reflexões clínico-organizacionais*. Ele nasceu da necessidade e do desejo de associar algumas reflexões teóricas e questionamentos à prática clínico-institucional desenvolvida no campo da saúde mental brasileira e, mais especificamente, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).¹ Dentre os variados aspectos de tal prática e dos numerosos enquadres clínicos desenvolvidos nesses serviços, destacamos como o objeto de pesquisa o trabalho do arranjo clínico-institucional *equipe ou profissional de referência*, oficialmente indicado como um dos modos de organização da assistência nos CAPS (Brasil, 2004).

Em geral, os CAPS brasileiros se organizam utilizando a figura dos “técnicos de referência”, também chamados de “terapeutas” ou “profissionais”² de referência. No entanto, no campo empírico com que trabalhamos, existem variações na estruturação do arranjo, de tal modo que em dois serviços ele é organizado na forma de “trios de referência”, em outro de “duplas de referência”, outro de “equipes de referência” e ainda dois outros de “equipe de referência”, dentro da qual há os “técnicos de referência”. Sendo assim, tratamos do tema nas suas duas estruturações (equipes de referência e profissionais referência), denominando o arranjo por *equipe ou profissional de referência* e as práticas a ele associadas como *trabalho de referência* ou *funções do referenciar*. Sempre que se fizer pertinente, apresentaremos as diferenças entre essas variadas estruturações. De forma coloquial, os trabalhadores dos CAPS costumam se referir às equipes de referência como

¹ Serviços de saúde mental públicos, territorializados, cuja clientela são os portadores de transtornos mentais severos e persistentes. Propõe-se a oferecer a seus usuários um atendimento integral, a partir de projetos de acompanhamento clínico e da reinserção social, através do acesso a trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e do fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Tem regime de atenção diária, faz ações intersetoriais, regula a porta de entrada da rede de atenção psicossocial de sua área de atuação e fornece suporte à rede básica. (Brasil. Ministério da Saúde, 2007)

² Estamos utilizando os termos “profissional”, “técnico”, “trabalhador” e “terapeuta” como sinônimos, porque interessa-nos discutir suas funções para com os usuários, quando mediadas pelo arranjo pesquisado. Consequentemente, não fazemos as discussões sociológicas pertinentes às diferenças entre essas nomenclaturas e suas incidências no posicionamento daqueles que a carregam ou enunciam.

mine equipes. Optamos por não manter essa terminologia no nosso trabalho porque, para os nossos propósitos de pesquisa, é importante destacar as especificidades das equipes de referência, marcando que não se trata de uma versão resumida ou diminuída da equipe geral do serviço.

Nossa motivação para a pesquisa partiu da verificação prática da eficácia do arranjo em questão, da vivência de problemas e contradições por ele produzidas no processo de trabalho e da constatação da reduzida produção bibliográfica que discuta o tema. Assim, sustentando-nos num método qualitativo e hermenêutico, procuramos compreender como esse arranjo vem sendo entendido, manejado e avaliado pelos profissionais que com ele trabalham, bem como pelos usuários e familiares inseridos nos CAPS, sendo nosso campo de pesquisa os seis CAPS III da cidade de Campinas/S.P. A partir de tal compreensão almejada, propomos algumas categorias de análise e desenvolvemos uma reflexão teórica.

O trabalho investigativo se deu no curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, tendo interesse em posicionar o objeto pesquisado dentro do cenário da saúde coletiva brasileira e de realizar uma aproximação epistemológica entre tal cenário e o campo da saúde mental. Tratou-se de um subprojeto de uma pesquisa denominada *Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental* (Onocko Campos, et al., 2005b)³, desenvolvida entre os anos de 2006 e 2008 pelo grupo de pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces*⁴ da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e por pesquisadores da Universidade Federal Fluminense, sendo financiada pelo CNPq⁵. Através de um método qualitativo e participativo, esta pesquisa realizou a avaliação da rede de CAPS da cidade de Campinas, no que diz respeito aos modelos assistencial e de gestão desenvolvidos nesses serviços, bem como a outras questões próprias ao processo de trabalho, tais como o sofrimento emocional do trabalhador.

Participamos das discussões para implantação da pesquisa avaliativa, da capacitação para o desenvolvimento do trabalho de campo, através dos grupos focais, e atuamos nesses grupos nas funções de coordenação e observação. Apoiados no método hermenêutico, proposto por Gadamer (1997) e Ricoeur (1997), fizemos narrativas das discussões

³ Ao longo deste texto nos referiremos a tal pesquisa como Pesquisa Avaliativa.

⁴ http://www.fcm.unicamp.br/grupos/saude_mental/

⁵ Edital MCT-CNPq/ MS-SCTIE-DECIT / CT-Saúde - n. 07/2005. Processo 554426/2005-6 ai.

construídas nos grupos, coordenamos oficinas para discussão dos resultados da pesquisa e estivemos envolvidos na produção das conclusões de todo o processo investigativo.

Para a pesquisa de doutorado, trabalhamos o tema *equipes ou profissionais de referência*, abordando questões a ele relacionadas, discutidas nos grupos de usuários, familiares e trabalhadores. O roteiro de questões utilizado em todos esses grupos (anexo) possuía perguntas específicas acerca do trabalho de referência e outras cujas respostas poderiam lançar luz sobre ele. Também nas oficinas de elaboração de parâmetros e indicadores avaliativos abordamos o tema em questão e pudemos construir alguns modos de mensuração do trabalho de referência.

Esse material, construído através da Pesquisa Avaliativa, nos permitiu compreender o modo como o trabalho de referência é desenvolvido no cotidiano dos CAPS, com as diferenças próprias de cada serviço, bem como identificar os efeitos desse trabalho sobre a assistência aos pacientes. Alguns grupos também trouxeram problemas envolvidos com o referenciar, delineando questões que mereciam ser alvo de reflexão teórica, discussão ética e monitoramento avaliativo. Portanto, pudemos não só avaliar como o processo de trabalho e gestão se dá, sob a ótica do arranjo clínico-institucional que destacamos, mas também compreender, de modo aprofundado, uma gama de questões a ele envolvidas. No entanto, ainda nos restavam dúvidas que não conseguimos contemplar com o campo da Pesquisa Avaliativa. Estas diziam respeito, fundamentalmente, à conceituação que os trabalhadores atribuíam ao trabalho de referência e aos seus efeitos no campo da clínica.

Objetivando ampliar nossas possibilidades de abordagem do tema de interesse, propusemos um alargamento do campo de pesquisa: fizemos mais dois grupos focais com trabalhadores dos CAPS interessados em discutir prioritariamente o trabalho de referência e entrevistas individuais, em profundidade, com usuários dos CAPS. Partindo de nossa experiência de trabalho clínico-institucional junto à pacientes psicóticos e do aporte da psicanálise, procuramos associar algumas discussões ético-políticas e certas categorias teóricas às construções produzidas pelos sujeitos da pesquisa.

Apoiamo-nos no conceito de *espaço transicional* de Winnicott (1975a), para formular e analisar aquilo que construímos com nossos sujeitos quando realizamos os grupos focais e as entrevistas. Desse modo, pudemos delinear um campo de investigação permeável ao encontro emocional que permite o florescimento da espontaneidade. Tal

criação vai ao encontro dos nossos pressupostos éticos, segundo os quais a pesquisa acadêmica deve se colocar à serviço da comunidade, propiciando que esta gere seu conhecimento e dele possa fazer algum uso (Onocko Campos, 2005a). Para análise das criações efetuadas no campo da pesquisa, utilizamo-nos da idéia de construção trabalhada por Freud (1937), o que nos permitiu tomá-las como verdades históricas, capazes de formular, agenciar e compartilhar discursos que ainda não haviam sido narrados, tal como propõe Ricoeur (1997).

No que diz respeito aos nossos pressupostos éticos, ressaltamos ainda que a psicanálise se coloca nesse trabalho como um saber que, inserido no campo da saúde mental, carrega consigo a capacidade de “[...] escutar o estranho e, mais radicalmente, frisar a irreversibilidade do estranho inerente ao sujeito e ao seu sofrimento [...]” (Saggese, 2006). Nesse sentido, nos apoiamos nela para nosso posicionamento diante das construções que os sujeitos da pesquisa fazem acerca de nosso objeto de estudo, de modo a permitir a escuta e a discussão daquilo que nos parece estranho ou contraditório.

Para a leitura das construções dos sujeitos da pesquisa, há que mencionarmos ainda que a teoria da psicose de D.W.Winnicott nos subsidiou, predominantemente, ao oferecer um quadro elucidativo acerca da etiologia da psicose e das necessidades emocionais dos pacientes com essa problemática. Tal quadro, ao que nos parece, é bastante coerente com os pressupostos ético-políticos da Reforma Psiquiátrica, na medida em que o autor considera a doença mental como um distúrbio do ambiente, o que exige que o trabalho psiquiátrico incidida sobre ele (Winnicott, 1983; Winnicott, 1978a).

1.2 O objeto de pesquisa

Sabemos que qualquer trabalho em saúde pode implicar intensas cargas de sofrimento aos trabalhadores, na medida em que se organize de modo centralizado e controlador (Batista e Silva, 2005). Um exemplo típico desse quadro é o excessivo envolvimento do profissional com o paciente, de modo a ficar completamente identificado com ele, e, conseqüentemente, sentindo-se muito sobrecarregado ou perdendo a noção dos limites de sua ação (Kaës, 1991). Trata-se de um modo de se colocar em contato com o objeto de trabalho que anula sua alteridade, prejudicando, no caso dos equipamentos de saúde, tanto o profissional quanto o usuário.

Refletindo sobre essa problemática, Campos (2001) propõe uma organização de trabalho através de arranjos. Esses seriam formas organizadas e estruturadas que visam a produção de linhas de contra-poder, desalienação e maior capacidade de análise crítica do trabalho. Ou seja, procura-se que funcionem à maneira de dispositivos, mas que tenham permanência, oferecendo, para o trabalhador e o usuário, espaços de co-gestão da vida institucional. Podendo perceber suas formas de relação com o trabalho (seus desejos, intenções, potencialidades, desinteresses, discordâncias), falar e atuar coletivamente sobre elas, os trabalhadores elaborariam maneiras de conduzir sua prática e de analisá-la, de modo a assumirem a autoria de suas ações e, conseqüentemente, tornarem-se mais responsáveis por elas (Campos, 2000), o que produz autonomia e criatividade (Onocko Campos, 2004).

As equipes de referência são um dos arranjos propostos por Campos (1999). Segundo o autor, elas potencializam os efeitos da gestão compartilhada de serviços e da interdisciplinaridade, superando modelos de organização hierarquizados, fragmentados e autoritários. Furtado (1991) faz algumas reflexões sobre esse arranjo quando estruturado no contexto do trabalho em saúde mental e explica que se trata de um modo de ação em que cada profissional da equipe é referência de um certo número de pacientes⁶, responsabilizando-se pela elaboração e avaliação de um projeto terapêutico com objetivos que, elaborados conjuntamente, devem ser perseguidos a contento. Nesse sentido, a marca central do arranjo é o fato de o profissional de referência, ou cada grupo de trabalhadores de categorias diversificadas (que compõem a equipe de referência), por meio de um plano compartilhado, tomar para si os encargos do acompanhamento do paciente em suas diferentes facetas, como os âmbitos sociais, familiares, políticos, psíquicos, entre outros.

A literatura sobre o assunto não mostra diferença clara sobre a escolha pelo trabalho com equipe ou profissional de referência, embora haja mais descrições ligadas às equipes de referência. Em atuação num CAPS, pudemos vivenciar o uso desses dois arranjos. Nesse

⁶ Estamos adotando os termos “usuário” e “paciente” como sinônimos. Esclarecemos, porém, que entendemos os “usuários” como aqueles que utilizam os serviços que lhes são de direito e respondem a estes, assumindo as responsabilidades que lhes são possíveis e devidas. Portanto, nos referimos a um “uso” legítimo dos serviços e não a um “abuso”, que parece sustentar algumas das críticas a essa terminologia. Em relação ao termo “paciente” estamos o remetendo a sua raiz etimológica ligada à idéia de *pathos* como paixão. Ou seja, referimo-nos àquele que sente as paixões humanas e, às vezes, requer suporte para com elas lidar. Conseqüentemente, não pretendemos associar ao termo “paciente” sua conotação de submissão, que leva à idéia daquele que pacientemente se submete àquilo que lhe é imposto.

caso, as equipes de referência eram compostas por um grupo estável ou fixo de profissionais ocupados em discutir, viabilizar e acompanhar os projetos terapêuticos junto aos seus pacientes. Os membros dessa equipe deveriam compartilhar as variadas funções implicadas no projeto. Nesse grupo, porém, costumava haver uma pessoa destacada, às vezes pelo própria equipe, às vezes pelo paciente através de questões transferenciais, para ser a técnica de referência individual ou principal do referido paciente (Furtado e Miranda, 2006).

Campos (2003), teorizando acerca da constituição das equipes de referência e sua utilidade para o aperfeiçoamento não só do tratamento oferecido, como também das condições subjetivas dos profissionais, propõe que a formação de vínculo, facilitada especialmente por tal arranjo, pode ser o motor para um trabalho qualificado. Para ele, vínculo é algo que liga as pessoas numa relação de interdependência e coresponsabilização, podendo ser o motor da construção de ações não alienadas e impedindo que o profissional de saúde trabalhe na “lógica do encaminhamento”, processo em que direciona constantemente as questões de seu paciente para outros colegas, que por sua vez também fazem novos encaminhamentos. Nesse sentido, Onocko Campos (2004) defende a utilização das equipes ou dos profissionais de referência, alegando que se trata de um dispositivo fundamentado no vínculo entre pacientes e profissionais, cujo alcance maior é a recuperação da singularidade das pessoas e das relações e a ampliação da clínica, permitindo que os usuários participem mais de seus processos de tratamento e que os profissionais encontrem respostas não estereotipadas para as demandas dos primeiros.

No que se refere ao contexto internacional, não encontramos material descritivo de um arranjo semelhante às equipes de referência. Fazemos uma aproximação, ainda que com a necessidade de guardar várias diferenças, entre o arranjo em questão e aquele conhecido como o *Case management*, estruturado em países como o Canadá e os Estados Unidos. Trata-se de um processo em que um profissional, ou uma equipe, toma para si a responsabilidade de sustentar um relacionamento de suporte com um paciente, a despeito de onde este estiver e do número de agências envolvidas. Sua função é identificar, assegurar e sustentar a gama de recursos internos e externos essenciais para a vida em sociedade. Evidenciou-se que contribui para diminuir drasticamente o número de internações e reinternações psiquiátricas e aumentar a qualidade de vida dos pacientes

(Ryan, 2003). Note-se que não se trata, como no caso brasileiro, de um serviço territorializado, a partir do qual, as equipes acompanham os pacientes da sua área de abrangência, respeitando uma lógica de rede.

Cavalcanti et al. (2007), estudando a experiência do *Case management* adotada nos Estados Unidos, mostram que suas abordagens terapêuticas organizam-se a partir de uma divisão entre o que os americanos chamam de *Brokering Case Management* e *Clinical Case Management*. Para o primeiro, a equipe é responsável pela inserção do paciente no meio extra-hospitalar, favorecendo as adaptações necessárias, agenciando os serviços a serem por ele freqüentados e representando seus interesses na comunidade. Já no segundo, os profissionais possuem maior qualificação e se colocam como *terapeutas primários*, realizando ações de gerenciamento e de terapêutica clínica. Numa revisão bibliográfica acerca do tema, Machado et al. (2007) indicam que uma das grandes vantagens do arranjo é a sua capacidade de ser flexível às necessidades da população alvo. Essa característica se deve ao fato de adotarem uma abordagem multidisciplinar, além de orientações terapêuticas que almejam a reinserção social do paciente, ultrapassando assim, a centralidade do anseio pela remissão de sintomas.

No Brasil, o trabalho com terapeutas de referência é indicado num material elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2004, sobre os CAPS (Brasil, 2004). Neste, é explicitado que cabe ao terapeuta de referência, em contínuo diálogo com sua equipe técnica e com o usuário, monitorar junto deste o seu projeto terapêutico individual, fazer contatos com a sua família e avaliar periodicamente as metas traçadas.

Verifica-se, porém, que são escassos os estudos científicos que avaliem a implantação e o impacto do arranjo referência na Saúde Mental. Do mesmo modo, são pouquíssimas as publicações que versam sobre elementos da clínica da psicose, que podem se associar ao arranjo e esclarecer algumas de suas funções e especificidades (Furtado e Miranda, 2006). Furtado (2007) aponta que várias cidades brasileiras têm adotado a estruturação do trabalho através de equipes de referência, seja na atenção básica, na saúde mental ou nos hospitais públicos, o que torna imperioso que se façam acompanhamentos rigorosos e avaliações sistemáticas dessas experiências.

Na nossa experiência clínica notamos que o trabalho de referência era o principal organizador da assistência. Cada paciente possuía sua equipe de referência e, dentro desta,

seu profissional de referência. Era através desse arranjo que se localizavam e eram localizados no serviço. Ao se referir à D. Maria, por exemplo, dizíamos que ela era da equipe de referência tal, ou do profissional de referência tal. Do mesmo modo, ao se identificar, D. Maria apresentava a sua técnica de referência e dizia pertencer a uma equipe de referência específica. Esta conhecia a história de D. Maria, bem como sua família, sua casa, os médicos com quem se consultava na unidade básica de saúde, o empregador, dentre os vários outros lugares e pessoas envolvidos na sua vida. Conhecia também suas principais questões, necessidades e modos de sentir e se posicionar. Conseqüentemente a equipe referência, geralmente representada por uma técnica de referência mais próxima da usuária, era quem, em geral, apresentava D. Maria para os demais profissionais e mediava relações diversas: desde a entrada num grupo, até o início de um trabalho fora do CAPS, ou a organização de algumas atividades domésticas. Também cabia à técnica de referência o acompanhamento do paciente em situações de crise emocional, bem como o agenciamento do cuidado necessário nesses momentos (aproximação da família, revisão medicamentos, uso de leito noite, dentre outros).

Essa gama de funções exigia, é claro, uma aproximação singular entre o técnico de referência e seu paciente. Além disso, trazia efeitos de diversas ordens, tanto para assistência, como para as relações entre profissionais. Ao longo de 5 anos fomos experimentando uma série de dúvidas acerca do funcionamento desse arranjo. Embora reconhecêssemos sua potência na organização do trabalho e, concomitantemente, na clínica desenvolvida junto aos pacientes, tínhamos questões quanto ao seu conceito, quando aplicado ao trabalho junto a pacientes psicóticos. Conseqüentemente, nos interrogávamos sobre os pressupostos clínicos que poderiam sustentá-lo e direcionar o nosso posicionamento na prática assistencial.

Quando procuramos nos esclarecer acerca do significado da palavra em questão, encontramos que referência é

“[...] ação de reportar-se a um texto, a um documento, a uma autoridade. Aquilo se refere, conta, relata. Ação de aludir, mencionar. Relação de algumas coisas entre si. Indicação colocada no cabeçalho de uma carta e que o correspondente é obrigado a lembrar. Traço em instrumento de medição, que serve de índice para realizar uma leitura numa escala

graduada. Marca feita nas peças de um conjunto para posterior identificação e ajuste. Declarações destinadas a abonar a capacidade ou a integridade de uma pessoa, uma empresa etc. Informações sobre as qualidades morais de uma pessoa, geralmente fornecidas (oralmente ou por escrito) com a finalidade de ajudá-la a conseguir um emprego, um cargo etc". (Houaiss, 2001)

Em diversos momentos, praticamente todos esses verbetes explicativos se faziam presentes no nosso trabalho de referência. O profissional ou a equipe de referência era uma espécie de texto ao qual o paciente era reportado e, ao mesmo tempo, contava sobre esse paciente, se referia a ele, lembrando, constantemente, a equipe de sua existência. Mediava as relações e oferecia um tipo de suporte que ajudava o paciente a se identificar. E, abordava a integridade do paciente percorrendo, junto dele, os diversos caminhos sociais e co-construindo modos de entrada. Por exemplo, conversávamos sobre o usuário com os profissionais das oficinas de trabalho, destacando suas habilidades e necessidades de várias ordens. Se o trabalho era conquistado, estávamos disponíveis para mediar alguma relação difícil, ajustar a qualidade e a intensidade do suporte afetivo, acompanhar a organização do uso da remuneração, etc.

Os verbetes e a produção bibliográfica existente acerca do assunto, no entanto, não correspondiam, suficientemente, à intensidade e à diversidade que envolve as relações inseridas no arranjo de referência, quando localizado no trabalho com pacientes psicóticos. Embora entendamos que as experiências sempre guardam consigo um resto inominável, desenvolvemos a pesquisa aqui apresentada para tentar nomear e discutir tudo aquilo que nos parecer passível de compartilhamento no trabalho de referência.

A compreensão que conseguimos construir é, em grande parte, determinada pelas especificidades do material empírico a que tivemos acesso. Sendo assim, parece-nos importante esclarecer as diferentes estruturas adotadas para o arranjo em questão, conforme o CAPS em que ele se organizava⁷:

- CAPS T: Equipe de referência como unidade de acompanhamento dos pacientes. Os profissionais desse serviço dizem trabalhar hegemonicamente com o modelo de equipes de referência, o que lhes permite compartilhar as funções e decisões que

⁷ Para guardar a privacidade dos CAPS os estamos denominando através de letras, escolhidas aleatoriamente.

envolvem o caso. De modo geral, essas equipes são compostas por, pelo menos, um médico, três outros profissionais universitários (como psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros) e dois técnicos de enfermagem. Admite-se, no entanto, que dentro dessas equipes é comum que os pacientes, sobretudo aqueles cujo diagnóstico é de esquizofrenia, se aproximem mais de um profissional, que tende a centralizar o tratamento.

- CAPS U e V: Equipes de referência, compostas por, pelo menos, um médico, três outros profissionais universitários (como psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros) e dois técnicos de enfermagem. No CAPS U, essas equipes discutem os casos e compartilham muitas das funções a ele associadas. Porém, dentro das equipes, cada paciente tem o seu técnico de referência, que costuma assumir junto a ele uma gama maior de funções. No CAPS V, as equipes discutem o caso, mas ainda estão trabalhando no sentido de alcançar um maior compartilhamento de funções e decisões. Dentro delas, cada usuário também tem seu técnico de referência individual.
- CAPS X , Y e Z: Duplas ou Trios de referência, compostos por um profissional universitário não médico e um ou dois técnicos de enfermagem, conforme a disponibilidade de pessoal do serviço. Cada um dos trios tem um médico que acompanha os pacientes ali referenciados. Cada três trios e um médico se reúnem numa equipe de referência, mas esta tem apenas a função de discussão dos casos. Embora os profissionais da equipe geral compartilhem decisões e funções referentes aos casos, este compartilhamento não é, necessariamente, determinados pela organização e composição das equipes de referência.

1.3 Objetivos da pesquisa

Nosso objetivo geral é elaborar uma reflexão acerca do arranjo *profissional ou equipe de referência* na interface entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental. Propomo-nos a trazer para as conceituações já existentes algumas categorias próprias à clínica da psicose, identificadas em produções bibliográficas e nas reflexões produzidas por trabalhadores e usuários dos CAPS.

Temos como objetivos específicos:

- Compreender como o arranjo “profissional ou equipe de referência” é manejado no cotidiano dos CAPS e como vem sendo conceituado, avaliado e vivenciado por trabalhadores, usuários e familiares desses serviços.
- Analisar o arranjo em questão enquanto um elemento organizador do processo de trabalho e de gestão dos CAPS.
- Realizar uma aproximação epistemológica e instrumental entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental, a propósito do arranjo em estudo, partindo inicialmente das conceituações já existentes do arranjo “técnico de referencia” e da teoria psicanalítica de abordagem winnicottiana.
- Gerar subsídios para a reflexão acerca do trabalho do profissional de referência, o tipo de formação, de habilidades profissionais e pessoais e de suporte institucional que ele requer.

2. TRADIÇÕES QUE SUSTENTAM ESTE TRABALHO

2.1 Uma proposta de posicionamento do pesquisador

Optamos por iniciar nosso trabalho de pesquisa e escrita esclarecendo não apenas do que falamos, mas também de onde e de que tempo construímos nossas perguntas e nossos caminhos de formulações. Vaisberg (2004c, p.123) propõe que [...] o projeto de um conhecimento totalizante e universal seja abandonado em favor de uma honestidade intelectual que se fará pela transparência máxima na elucidação dos pressupostos éticos, epistemológicos e antropológicos, mediante os quais nos dirigimos ao campo de investigação”.

A construção de tal honestidade intelectual, a nosso ver, pode se sustentar em algumas das idéias de Gadamer (1997). Preocupado com a verdade da ciência, o autor se questiona sobre o modo como a compreensão hermenêutica, uma vez distinta dos pressupostos de objetividade científica do positivismo, pode alcançar a verdade histórica do objeto estudado. Ele sugere que o pesquisador deve proteger-se de seus modos “imperceptíveis” de pensar e dos desvios que a investigação pode ser submetida em função das idéias que lhe ocorrem. Em suas palavras, “[...] aquele que quer compreender não pode se entregar, já desde o início, à causalidade de suas próprias opiniões prévias e ignorar [...] a opinião do texto [...]. Por isso, a consciência formada hermeneuticamente tem que se mostrar receptiva, desde o início, para a alteridade do texto.” (Gadamer, 1997, p. 405).

De que forma operar a abertura à alteridade? Ao nos referirmos ao uso da psicanálise enquanto um instrumento de acesso ao estranho, tangenciamos a descrição de uma das maneiras através da qual podemos nos aproximar daquilo que não nos é próprio. Antes de nos determos às categorias psicanalíticas que nos apóiam no acesso à alteridade, vale ressaltar algumas propostas da teoria gadameriana, segundo a qual, a receptividade à verdade do texto “[...] não pressupõe nem ‘neutralidade’ com relação à coisa nem tampouco auto-anulamento, mas inclui apropriação das próprias opiniões prévias e preconceitos, apropriação que se destaca destes [...]” (Gadamer, 1997, p. 405).

Os preconceitos devem aqui ser entendidos como um “juízo não fundamentado”, não sendo valorizados positiva ou negativamente. Eles consistem na “realidade histórica do ser de um indivíduo”, ou seja, naquilo que compõe nossa subjetividade, já que nos

formamos a partir da história do entorno social que nos envolve. Nesse sentido, os preconceitos se organizam através de três categorias teóricas: a autoridade, a tradição e o clássico. A primeira delas consiste “[...] num ato de reconhecimento e conhecimento: reconhece-se que o outro está acima de nós em juízo e perspectiva e que, por consequência, seu juízo precede, ou seja, tem primazia, em relação ao nosso próprio [...]” (Gadamer, 1997, p.419). A autoridade, portanto, não é nunca outorgada. É sempre adquirida a partir primazia do juízo do outro sobre nós.

Em geral, a autoridade se constitui a partir do que o autor chama de clássico “[...] um modo característico do próprio ser histórico, a realização histórica da conservação que, numa confirmação constantemente renovadora, torna possível a existência de algo verdadeiro [...] aquilo que se diferenciou destacando-se dos tempos mutáveis e dos gostos efêmeros [...]” (Gadamer, 1997, p. 431). Já a tradição é uma forma de autoridade, compostas por uma “[...] pluralidade de vozes nas quais ressoa o passado [...]” (ibidem, p.426). Ela nos determina e se mostra sempre múltipla, sendo uma possibilidade de escolha e de liberdade. O reconhecimento de si mesmo como pertencente a uma tradição é uma condição para a hermenêutica, pois esta considera que a tarefa não é simplesmente desenvolver o procedimento da compreensão, mas esclarecer as condições sob as quais é possível compreender. Tais condições se referem à história que nos afeta e que nos cabe elucidar.

De posse do exame consciente de nossos preconceitos e da localização de nosso ser na tradição que nos constitui, podemos proceder à compreensão hermenêutica. Para tanto, devemos colocar em suspenso tais preconceitos e nos abrir ao estranho do texto. Note-se que para praticarmos a ação deliberada de suspender algo, é necessário possuí-lo, ou seja, sabê-lo em sua história e constituição, por isso a necessidade do reconhecimento das autoridades e dos clássicos que determinam nossos posicionamentos no mundo.

Diante dessas propostas metodológicas, entendemos ser necessário discorrer sobre três campos de saber e prática, cujas inter-relações são determinantes na nossa escolha do objeto de estudo e, conseqüentemente, do método utilizado. Trata-se da Saúde Coletiva, da Saúde Mental e da Psicanálise winnicottiana. Consideramos pertencer às tradições criadas por esses campos de saber e encontramos nelas autoridades e clássicos sobre os quais nosso trabalho se assenta.

2.2 Saúde Coletiva: algumas questões

Em nosso percurso de experiência profissional, a Saúde Coletiva se mostrou enquanto campo de reflexão a partir da prática clínica. Campos (1998) reflete que os serviços públicos de saúde possuem dois objetivos: promover a saúde da população e a realização pessoal dos trabalhadores, através do que estes desenvolvem o compromisso com a eficácia de suas ações. Tivemos a oportunidade de experimentar o acesso aos serviços públicos através do estágio e posterior trabalho em um CAPS. Este, cumprindo com uma de suas missões – a formação de profissionais - nos acolheu e enredou uma imensa e complexa gama de histórias que eram, ao mesmo tempo, coletivas e pessoais, e acenavam para as mais diversas possibilidades de emancipação ou subjetivação, através de encontros também muito variados.

O caráter eminentemente coletivo da construção das histórias se atualizava na medida em que constatávamos que a eficácia do tratamento proposto (percebida por algum amadurecimento emocional dos usuários, pela conquista que estes faziam de importantes lugares no contexto familiar e social, dentre outras vivências que experimentavam) era acompanhada ou “co-produzida” (Campos, 2000) pelo nosso amadurecimento profissional, pelo aumento de domínio da clínica, pelo incremento nas discussões e formulações referentes à gestão, pelo alargamento das possibilidades de suporte emocional dos familiares de usuários, enfim, por sinais de crescimento e libertação provindos de muitos lugares diferentes.

Note-se, porém, que toda essa realização era, inevitavelmente, resultado de encontros interpessoais com os pacientes, a equipe e outros atores presentes no mundo sócio-político (colegas de outros serviços, comerciantes com quem fazíamos alguma parceria, gestores de outras instâncias do sistema de saúde, etc). Experimentamos, assim, a produção coletiva de saúde, tida aqui como um estado complexo que permite a vivência de experiências reais, sejam elas prazerosas ou sofridas, podendo se desenrolar em estados de criação e espontaneidade (Winnicott, 2000a)⁸.

⁸ Winnicott, ao longo de sua obra, rejeitou a idéia de saúde como ausência de doença. Ele oferece alguns exemplos de situações de doença, como picos de ansiedade e somatizações, que se mostram como a reação mais saudável que o indivíduo poderia ter diante de uma situação ambiental adversa. Conseqüentemente,

Esperamos, com o relato acima, ter esclarecido aquele que nos parece delinear o primeiro “preconceito” a ser aqui elucidado: a vivência e a crença de que os CAPS são espaços profícuos para a realização de encontros interpessoais capazes de promover uma clínica na saúde coletiva. E, nesse sentido, já adiantamos nosso pressuposto de que o arranjo clínico-institucional equipe ou profissional de referência organiza e potencializa essa possibilidade de eficácia do tratamento.

Os princípios do SUS de Universalidade e Integralidade nos parecem configurar como alguns dos sustentadores da experiência descrita. A possibilidade de o serviço “[...]assegurar o direito à saúde de todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto de ações ofertados pelo sistema” (Vasconcelos e Pasche, 2006, p. 535) se fez presente em relação aos usuários atendidos, à comunidade com eles envolvida, aos trabalhadores que puderam desenvolver seu trabalho e por ele ser remunerados e aos estudantes que tiveram a oportunidade de estagiar. Consonante com a idéia de saúde que expusemos, observamos se fazer presente no cotidiano do serviço o princípio da integralidade, que pressupõe a consideração das “[...] várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades [...]” (ibidem), e de um conjunto de ações e serviços que prestem a assistência necessária a essas dimensões integradas. Para tanto, uma ferramenta que nos pareceu eficaz foi a estruturação dos tratamentos através de projetos terapêuticos individuais, elaborados e acompanhados pelos profissionais/equipes de referência, em parceria com os usuários e suas famílias (Furtado, 1991).

Constatados os efeitos positivos do trabalho nesses serviços públicos e a viabilização de algumas das propostas do SUS, certas questões foram nos acenando. Quem são os cidadãos para os quais se procura assegurar a saúde? Com que concepção de homem e de comunidade estamos trabalhando? Que efeitos do processo de trabalho esperamos sobre os trabalhadores? Que tipo de satisfação nos parece viável que estes possuam? Ou seja, em que tradição teórica estamos sustentando nossos princípios e práticas? Quais são as autoridades que sobre nós recaem?

propõe que o trabalho em prol da saúde deve visar a possibilidade da integração emocional, de modo que o indivíduo tido como doente, possa viver suas experiências de vida de modo espontâneo. Dias (2003) explica que Winnicott entende a saúde como um estado que tem seu próprio perfil, negando-se a tomá-la como o positivo da doença. No entanto, a autora lembra que a teoria winnicottiana é toda calcada na idéia de que a vida, desde seu início, é difícil em si mesma e a tarefa de viver, de continuar vivo e amadurecer é uma batalha que sempre permanece. Portanto, a proposta é acompanhar as pessoas nessa batalha, sem a pretensão de proporcionar-lhes um estado de completo bem estar.

Alguns autores indicam que o aparato teórico da Saúde Coletiva brasileira, influenciada pelo modelo da medicina social latino-americana, possui forte influência da teoria sócio-histórica, na qual, em grande parte, o movimento sanitário se inspirou para propor o SUS como um projeto de Estado (Luz, 2000; Carvalho, 2005). No entanto, outras categorias teóricas foram sendo apropriadas no decorrer das décadas de 70 e 80, tais como as de representação social, cotidiano e sujeito. Esse incremento teórico possibilitou a construção de importantes questionamentos sobre a clínica, o território e a relação entre a organização de trabalho e a produção subjetiva de trabalhadores e usuários. Porém, a Saúde Coletiva ainda concebe um sujeito, predominantemente, determinado por aspectos macrosociais, o que negligencia as demais variáveis que o determinam e o produzem, tais como as psicológicas e as biomédicas. Essa discussão poderia ser ampliada através de categorias como território e produção de subjetividade, ainda pouco exploradas no campo teórico e prático (Onocko Campos et al, 2008a).

A fim de enfrentar essa questão do arcabouço teórico da Saúde Coletiva que, inevitavelmente, produz efeitos sobre a prática dos serviços, os autores propõem a discussão de algumas categorias produzidas pela associação entre conceitos da saúde coletiva e da psicanálise. Lembram que a categoria vulnerabilidade foi proposta pela Saúde Coletiva como um modo de incluir o sujeito e sua singularidade na discussão de risco. A idéia de vulnerabilidade é especulativa, qualitativa e relacional. No entanto, ela pode recair na prática da vitimização, se não associada à escuta da singularidade de um caso, ou de uma comunidade, bem como se não acompanhada do respeito às formas de organização e saber daquela dada comunidade, ou daquela família. Nesse sentido, a vitimização é equivalente à discriminação negativa dos grupos afetados, desencadeada pelo uso da categoria *risco*. A consequência desse processo é a produção de modos de organização subjetiva submissos às ofertas do Estado, mas desprovidos de sua capacidade de se afetar e se revoltar, bem como de exercer papéis fundamentais, como a paternidade ou a maternidade (Onocko Campos et al, 2008a).

Veremos adiante que uma das ações que os usuários dos CAPS mais valorizam na gama de trabalho do profissional de referência é a “busca ativa”, apontada por Onocko Campos et al (2008a) como um mecanismo potente para que aquelas pessoas, adoecidas a tal ponto, que não conseguem pedir ajuda, possam resgatar a possibilidade de acesso ao

tratamento. Mas, esses autores ponderam seu risco de transformação numa espécie de polícia sanitária, quando desprovida de qualificação clínica. Sugerem que a busca deve ser orientada pelos sinais, oferecidos pelos sujeitos que vivem num dado território de trabalho, acerca das potencialidades e peculiaridades do local que habitam. Ou seja, os sujeitos devem ser procurados não só em sua vulnerabilidade, mas também em seus modos de organização do cotidiano, nos valores que os compõe e que lhes são caros, bem como em suas potências.

Essas ponderações e indicações clínicas nos parecem lançar alguma luz às nossas questões acerca da concepção de sujeito subjacente aos princípios de integralidade e universalidade destacados acima. O acompanhamento que preconizamos é aquele que considera os riscos, a vulnerabilidade, mas também os modos de organização e os tipos de escolhas pessoais, coletivas, sociais e culturais que produzem os problemas de saúde e os modos de convivência e lazer de um sujeito ou de seu grupo. Acompanhamento que requer atenção às produções materiais e sociais de uma situação problemática, às relações emocionais que as envolvem e as contradições presentes na vida de cada um de nós. O respeito à potência de cada sujeito ou comunidade e, ao mesmo tempo, às suas necessidades de cuidado, nos conduz às propostas de Passos e Benevides (2005, p.570): “[...] Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver [...] tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas [...]”. Esses autores lembram que o “[...] plano público é aquele construído a partir da experiência de cada homem [...] o que implica em [...] levar em conta a humanidade como força coletiva que impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas. [...]” (ibidem). Portanto, as políticas públicas e os serviços, cujo acesso é universalizado, devem ser pensados e construídos “com” os homens que dele necessitaram e não “para” eles.

Sobre a participação popular nas políticas públicas, Vasconcelos e Pache (2006) sugerem que, embora prevista por lei, ela ainda não se mostra efetiva na realidade do país, deixando de exercer as prerrogativas que lhes são legalmente atribuídas e estando submetidas a manipulações políticas, em vários municípios. Onocko Campos e Campos (2006) apontam que, nos últimos anos, o sistema de saúde brasileiro ampliou a cobertura de serviços e o acesso a eles, sem, no entanto, se afastar das práticas calcadas no modelo “queixa-conduta”. As ações desses serviços, em geral, privam os sujeitos da possibilidade

de acesso a cuidados baseados no vínculo e na participação da construção de seus projetos de tratamento. Conseqüentemente, esses sujeitos não desenvolvem autonomia⁹ para cuidar de si e para se posicionar nas políticas de saúde.

No campo da Saúde Mental essas questões parecem se configurar de outra forma, mostrando alguns avanços, provavelmente resultados da Reforma Psiquiátrica. Mas, antes de nos determos especificamente sobre esse assunto, avaliamos pertinente discorrer sobre outro conceito da Saúde Coletiva que nos parece sustentador das práticas da Atenção Psicossocial brasileira. Trata-se da Clínica Ampliada.

Pensar uma clínica ampliada e coletiva é tarefa que vem sendo arduamente elaborada por uma série de autores. Dentre eles, destacamos Campos (1998) e Campos e Amaral (2007a), estudiosos que trabalham com o conceito de clínica ampliada e a ele associam o arranjo Equipe ou profissionais de referência. A clínica, para esses autores, embora apresente características passíveis de identificação, descrição e protocolo, também se mostra extremamente variável quando aplicada aos sujeitos concretos. Sendo assim, os autores sugerem uma metodologia capaz de combinar a padronização das condutas diagnósticas e terapêuticas com as necessidades de adaptação às peculiaridades de cada caso. Para tanto, advertem para algumas prerrogativas, tais como a existência de um certo grau de autonomia no trabalho clínico e de motivação dos profissionais para com a produção de saúde, de modo que possam se responsabilizar pelo trabalho elaborado com cada caso. A estruturação dessa forma de assistência deve se sustentar na ampliação do objeto de trabalho da clínica: pessoas concretas, nas quais o risco e a vulnerabilidade estão encarnados e contextualizados, o que implica numa clínica do sujeito e não da doença, ou do risco. Uma clínica de sujeitos concebidos em seus aspectos biológicos, sociais e emocionais.

A ampliação do objeto da clínica deve ser acompanhada pela ampliação de seu objetivo ou finalidade: além de produzir saúde, a clínica deve também ser capaz de produzir algum grau de autonomia dos pacientes, que poderia ser avaliada pelo “[...] aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o

⁹ Baseando-se em alguns conceitos psicanalíticos, os autores definem autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências; não se tratando, portanto, de uma espécie de liberdade absoluta ou do contrário da dependência. Apontam ainda que a produção de autonomia, que entendem ser necessária, se ancora na idéia de sujeitos que têm na sua sociedade um lugar de reconhecimento de pertença, estando investidos de tradições, leis e sustentação cultural.

mundo da vida[...]” (Campos e Amaral, 2007, p. 852). Esse tipo de conquista requer avanços nos meios diagnósticos e terapêuticos, pois se torna imprescindível, por exemplo, a elaboração da história de vida do usuário, o que, por sua vez, pressupõe alguma vinculação entre profissional e paciente. A terapêutica, conseqüentemente, terá que fazer uso de métodos que extrapolam as cirurgias e administração de fármacos, atingindo os campos da escuta, da educação em saúde e do apoio psicossocial, o que exige um trabalho a ser realizado numa equipe permeável à interdisciplinaridade¹⁰. (ibidem). A viabilidade operacional da clínica ampliada se baseia, em grande parte, no que Campos e Domiti (2007) e Campos (1998) propõem como Equipe de Referência.

No campo da Saúde Mental, ao conceituar a Clínica da Psicose, alguns autores defendem organizações próximas à clínica ampliada, acima descrita. Dentre eles, destacamos Goldberg (1996), psicanalista pioneiro na implantação dos CAPS, que fez importantes reflexões e proposições acerca de uma clínica ampliada, desenvolvida em equipamentos públicos de saúde mental, junto a equipes multiprofissionais e pacientes em estado de grave sofrimento emocional. Trataremos desse aspecto na próxima parte de nosso texto.

2.3 O Campo da Saúde Mental

Entendemos que a Saúde Mental se encontra imbricada à Saúde Coletiva. Trata-se de dois campos que carregam algumas especificidades, mas se superpõem, dialogam entre si e fazem complementações. Alguns autores mostram que a Saúde Mental vem contribuindo para que substituamos um modo de pensar a partir da suposição da existência de uma verdade única e definitiva, para adotarmos um posicionamento “[...] em termos de complexidade, de simultaneidade, de transversalidade de saberes, de construcionismo, de ‘reflexividade’[...]” (Amarante, 2007, p. 18).

Garcia (2002) faz algumas críticas à saúde coletiva, levantando problemas relacionados à homogeneidade de um discurso voltado ao bem estar coletivo, à negação das contradições dos desejos humanos (sempre singulares) e a uma suposta simetria entre

¹⁰ Ao longo do seu artigo, os autores asseveram que as atuais organizações de trabalho, baseadas nas especialidades, podem incorrer na fragmentação da assistência e do sujeito em tratamento. Diante dessas reflexões, propõem um trabalho baseado no que denomina de “neo-artesanato”, modo de funcionamento que requer profissionais com um conjunto de saberes diversificados, porém, integrados numa equipe.

profissional e paciente. Diante desse quadro, o autor sugere que a saúde mental se apóie no que ele denominou por “saúde a ser inventada”, um modo de operar que prescinde de um discurso dominante ou uma orientação homogênia, permitindo a passagem de um discurso para outro. Nesse sentido, a prerrogativa passa a ser a necessidade da vida, mas não da “vida boa” que é formulada como positivo da doença ou do mal como um dado. O modo de organização dessa vida é determinado pela singularidade de cada sujeito.

Alguns autores apontam que a efervescência representada pelos debates e pelas efetivas transformações no âmbito da Saúde Mental no Brasil vem ocorrendo com restrito acompanhamento, elaboração e contribuição instrumental por parte do pensamento da Saúde Coletiva, havendo, assim, uma fragilidade na articulação entre esses dois campos (Sivalli Campos e Baldini Soares, 2003). Entendemos que grande parte dos avanços nas discussões da Saúde Mental se deve ao movimento da Reforma Psiquiátrica e às efetivas transformações ocorridas nas políticas públicas dessa área. Esse movimento, assim como a Reforma Sanitária, têm suas origens ligadas às lutas sociais e às críticas elaboradas pela intelectualidade e pelas classes trabalhadoras, abrigando em seus objetivos centrais a atenção integral à saúde e a priorização dos tratamentos ambulatoriais, em nível primário. Porém os efeitos e a organização mostram sensíveis diferenças entre ambos os movimentos.

O Movimento da Reforma Sanitária preocupou-se com a ocupação de postos estratégicos no aparelho estatal. Já a Reforma Psiquiátrica priorizou investimentos numa possível mudança cultural em relação aos aspectos ligados à concepção de loucura e, desse modo, articulou possibilidades de trabalhos intersetoriais e abriu espaços para a participação de familiares e usuários na construção dos serviços e dos modos de atendimento que lhes interessava (Furtado e Onocko Campos, 2005). Amarante (2001) aponta que o Movimento Sanitarista aglutinou mais esforços na criação de protocolos e de controles epidemiológicos, enquanto a Reforma Psiquiátrica manteve-se preocupada em respeitar e fazer emergir a singularidades de sua clientela.

Nessa perspectiva, substituindo as organizações de trabalho opressivas e alienantes, a que os “loucos” vinham historicamente sendo submetidos (Delgado et al, 2001), são indicados o trabalho em equipe multiprofissional, a intervenção no território de moradia do doente e a aposta no funcionamento articulado dos diferentes equipamentos de saúde,

educação e cultura, exigindo uma mudança radical nas formas de concepção, organização e gestão dos serviços, bem como na aceção clínica e nas propostas terapêuticas (Benevides, 2003).

Ao descrever a construção de um dos primeiros CAPS do Brasil, o CAPS Itapeva, Goldberg (1996) expõe as bases para uma clínica ampliada em Saúde Mental, indo ao encontro das conquistas da Reforma Psiquiátrica. Para o autor, o tratamento deve contar com a garantia da participação do paciente em todo o seu processo, não sendo dimensionado segundo um limite de tempo, mas segundo uma organização tal que a instituição se torna um espaço de referência para pacientes e usuários.

Considerando a diversidade de vivências emocionais envolvidas com a experiência da psicose, as propostas terapêuticas para os psicóticos, segundo Goldberg (1996) exigem um trabalho interdisciplinar e institucional. Este tem como função essencial a garantia da percepção da particularidade de cada paciente, de modo que o universo de seus problemas tenha um espaço especial na instituição e seja sempre tratado através de uma abordagem pessoal. Assim, o paciente pode perceber a seriedade com que suas falas e gestos são acolhidos no serviço. Acolhimento este que se faz através de uma atmosfera de disponibilidade da equipe, que procura estar com o paciente “[...] *na* situação, participando, tentando apreender um código desconhecido [...]” (ibidem, p. 41, grifo do autor). O cotidiano institucional deve ser repleto de projetos, atividades e vivências diversificadas, para que os pacientes se sintam num ambiente passível de ser compartilhado, que lhes serve de suporte para suas questões.

Com essas propostas terapêuticas, Goldberg (1996) espera que as pessoas conquistem patamares cada vez mais altos de gerenciamento de suas vidas e de capacidade de escolha. O investimento do serviço deve ser tanto maior quanto for mais baixa a autonomia do paciente. Considerando que os psicóticos possuem imensa dificuldade de confiar nos ambientes e formar laços sociais, o autor lembra que o serviço deve se constituir como referência para os pacientes e suas famílias, mesmo quando o tratamento fora encerrado ou interrompido. Ou seja, o paciente pode procurar pelo serviço quando necessitar ou desejar, prescindindo de novas triagens ou protocolos.

Identificamos nas propostas de Goldberg (1996) uma possível raiz para a construção de sentido ao trabalho de referência. Ao propor que o CAPS seja referência aos usuários e

descrever o trabalho que nele deve ser desenvolvido, o autor esclarece como funções primordiais ao psicótico a constituição de um espaço de confiança que perdure para além dos limites do tempo cronológico e seja permeável às diferenças subjetivas.

Dentre as discussões presentes no campo da Saúde Mental, destacamos ainda algumas reflexões propostas por Leal (2007) acerca da psicopatologia que comumente vem sendo utilizada nos CAPS e sobre as consequências de tal adoção. A autora afirma que “[...]a psicopatologia adotada nesses serviços é principalmente descritiva [...] [o que culmina em concepções que tomam a idéia de adoecimento mental como] um evento que acomete o sujeito demandando correção imediata e rápida, e nada disso sobre o seu modo de ser e estar no mundo[...]” (ibidem, p.75). Essas concepções geram práticas disciplinares, padronizadas e normalizantes, que desconsideram a subjetividade do paciente e operam dissociações entre reabilitação psicossocial e crise, bem como entre reabilitação e cuidado psiquiátrico (Leal, 2007). Tais práticas em muito se distanciam das premissas que devem reger a clínica dos CAPS: tratamento de pacientes psiquiátricos graves e em crise, mantidos nas próprias comunidades a que pertencem e considerados não só a partir das variáveis do modelo biomédico, mas também aos fatores relacionados ao meio ambiente.

Leal et al. (2006) fazem apontamentos que nos ajudam a enfrentar essas questões. Assinalam que a autonomia, cuja produção passou a ser um ideal dos CAPS, traz consigo a concepção de um ser absolutamente livre, criador de suas próprias regras e leis. Concepção esta que é falsa, se sustenta como um mito de nossa cultura individualista e desconsidera a constatação de que todo ser é, desde sua origem, social. Baseando-se em Stanghellini (2004), os autores propõem que a idéia de liberdade seja compreendida como um estado em que podemos “[...] pôr entre parênteses as representações preestabelecidas do mundo, [...] sem, entretanto, perder nossa histórica articulação com o mundo comum.” (Leal et al., 2006, p. 441). Nos pacientes com transtornos mentais graves, observamos que fica comprometida a capacidade de pôr entre parênteses as representações, ou, por outro lado, a capacidade de manter a articulação histórica que lhe é constitutiva. Para os autores, é imprescindível que os CAPS trabalhem para a preservação ou o desenvolvimento de ambas as capacidades, lembrando que a relação com o mundo é questão central para os pacientes. Portanto, os projetos terapêuticos não podem se estruturar sem uma articulação

com o social, sem a consideração dos diferentes modos como os sujeitos se colocam diante do mundo.

A prerrogativa de uma articulação com o social se sustenta no que Leal (2007) denomina de Psicopatologia do Senso comum. Retomando idéias de Stanghellini (2004), a autora argumenta que a “[...] construção do eu depende, desde sua origem, da relação do sujeito com o mundo [...]” (ibidem, p. 77), relação esta que se estabelece através de relações intersubjetivas, mediadas pela linguagem, mas também através de uma dimensão corporal, que é pré-reflexiva ou antepredicativa. Nessa tradição teórica, o próprio esquema corporal do sujeito é produzido a partir da relação com o outro e da percepção intuitiva desta. O senso-comum, a que todos estamos inseridos, se define pela rede de crenças que nos envolvem e pelo modo intuitivo de sintonia básica que nos liga ao mundo. Portanto, dois aspectos estão em questão: o modo como organizamos nossa experiência cotidiana e nossa capacidade afetiva de estabelecer relação com o outro (Leal, 2007, p. 72 e 74).

A autora destaca a impossibilidade de separação entre a mente individual, o fenômeno social e a idéia de que o mundo social não é “[...] puro produto da mente individual, isto é, [...] o entendimento do outro decorre não apenas de inferências do estado mental, mas também da relação intercoporal”.(Leal, 2007, p. 74). Esta relação, que é intuitiva, também se mostra constituinte do mundo social, bem como produtora das desordens na percepção de si e dos limites existentes entre eu e os outros. Uma psicopatologia baseada nessa concepção de senso comum, conseqüentemente, mostra que a qualidade da sintonia social é o principal aspecto na determinação da experiência de eu. Leal (2007) defende que essa psicopatologia do senso comum desautoriza qualquer cisão entre tratamento e reabilitação e impõe o “[...] desafio de construir atividades e ações de reabilitação que possam dialogar com a experiência vivida desses sujeitos e com os modos de produção das dificuldades de relação com o mundo presente em cada quadro psicopatológico”.(ibidem, p. 77).

Discutiremos, a seguir, alguns conceitos da psicanálise que, embora partindo de tradições teóricas e fundamentos epistemológicos diferentes daquelas propostas por Leal (2007), nos parecem incrementar as idéias até aqui desenvolvida, ao mesmo tempo que delas se aproximam no que diz respeito à concepção de sujeito.

2.4 Algumas contribuições da psicanálise

Não cabe nos objetivos desse trabalho fazer um ensaio sobre a teoria psicanalítica, ainda que em apenas alguns de seus aspectos, como a clínica da psicose. Assim, nos deteremos a enunciar certos conceitos e reflexões que figuram entre as tradições e autoridades que nos sustentam e podem contribuir para a discussão do nosso material empírico. Entre estes, pretendemos nos centrar, essencialmente, em aspectos psicanalíticos que versam sobre as relações interpessoais e algumas especificidades da psicose. Nesse contexto teórico, elegemos a abordagem winnicottiana como nossa principal interlocutora. Ao fazer essa escolha, inevitavelmente, estaremos nos abstendo de considerar outros fatores envolvidos na experiência da psicose e distintas perspectivas de entendimento. Porém, tal limitação nos parece necessária para que não incorramos em contradições epistemológicas e não se mostra como um impeditivo para a compreensão de importantes questões ligadas ao nosso material empírico.

Note-se que estamos considerando alguns aspectos gerais da experiência da psicose, sem nos deter nas especificidades das estruturas psicodiagnósticas que podem representar as distinções dessa experiência. Optamos por tal generalização porque o objetivo do presente trabalho envolve a análise do trabalho de referência no contexto amplo dos CAPS estudados, sem a especificidade das diferentes incidências do arranjo segundo o tipo de patologia vivida por cada usuário acompanhado.

Na direção do que viemos resgatando do pensamento de Goldberg (1996), retomaremos algumas reflexões que Oury (1991) faz acerca da formação dos profissionais de Saúde Mental e da organização das instituições. Ele propõe que, nas instituições de tratamento de psicóticos, é importante que o profissional tenha habilidade para “ [...]estar com (no sentido de estar com o outro, poder respeitar o outro aí onde ele está) [...]” (Oury, 1991, p.4), o que exige uma certa sensibilidade àquilo que está oculto, àquilo que tem alguma emergência, que tem “pathos”. Tal sensibilidade requer um tipo de aprendizagem próxima daquela do artesão, algo da ordem de uma técnica vivencial. Uma técnica que capacita o terapeuta¹¹ a estar atento às nuances da ambiência e à complexidade multifatorial

¹¹ A psicanálise é utilizada nesse trabalho como um suporte teórico para discussões pertinentes ao campo da saúde mental. Por isso, permitimo-nos considerar algumas de suas terminologias como sinônimos, embora saibamos que guardam diferenças discutidas no interior da teoria. Assim, estamos dando a mesma conotação

que desencadeia num diagnóstico clínico. Trata-se de uma atenção diferenciada, que considera a experiência do sujeito em suas variadas dimensões e tende a ser experimentada pelo paciente como uma espécie de “gentileza” (Oury, 1986).

Oury (1991) defende que o psicótico só pode se exprimir e ensinar a complexidade de seu problema, quando “[...] ele próprio é apreendido num ambiente de convivência e respeito [...]”. Os profissionais conseguem desenvolver esse ambiente quando conquistam uma espécie de atenção treinada para a apreensão da qualidade do contexto, da polifonia dos discursos e das manifestações paradoxais. Tal atenção lhes permite praticar o que o autor chama de “espera ativa”, um posicionamento acolhedor, mas instrumentalizado, sensível ao estilo do encontro e capaz de prover as condições necessárias para o paciente compartilhar seu sofrimento, ou suas questões. Porém, ele adverte que não está se referindo apenas a relações individuais ou singulares entre um terapeuta e um paciente. Insiste que a clínica da psicose exige “[...] um trabalho de equipe, um trabalho que é um ‘levar em conta os outros’ e si próprio [...] levar em conta o fato que o outro, o companheiro de trabalho, aí está na sua própria qualidade de “presença”, poder conhecer o outro naquilo que é capaz de...[...]”.

O trabalho em equipe é concebível, segundo o autor, quando o coletivo de profissionais consegue desenvolver um espaço de jogo (no sentido winnicottiano¹²), o que requer, inevitavelmente, que cada um seja tomado em sua potência. Nesse contexto, é possível que os trabalhadores ousem se manifestar singularmente, o que lhes permite reconhecer seu estilo e seu itinerário de formação, abrindo-lhes espaço para uma certa originalidade. Tal abertura cria uma ambiência capaz de acolher o insólito de cada paciente.

aos termos psicoterapeuta, terapeuta e psicanalista, bem como aos termos psicoterapia, terapia e psicanálise. Entendemos que os limites desse trabalho nos permite tal aproximação terminológica.

¹² Para Winnicott (1975b) o espaço de jogo ocorre numa zona intermediária, paradoxal, constituída *entre* o eu e o não-eu, entre aquilo que é material onírico, interno ao mundo psíquico, e aquilo que pertence à realidade externa; trata-se do *espaço transicional ou potencial*. Imerso nesse espaço, o indivíduo pode, no seu tempo e a seu modo, fazer as relações entre eu e não-eu, o que lhe permite a criação do gesto espontâneo e o desenvolvimento da criatividade. Contando com o jogo nessa zona intermediária, ele pode fazer uma apreensão pessoal da realidade, desenvolvendo padrões de relacionamento em que a realidade externa não é sentida como um elemento invasor, mas sim como algo com que se pode brincar, a partir de movimentos de aproximações e distanciamentos. Note-se, que o desenvolvimento da criatividade e de uma relação com a realidade externa é dependente da possibilidade de contato com esta, ou seja, não há criatividade sem jogo com o mundo externo. O desenvolvimento psíquico e representacional requer a relação com a realidade externa. Supomos que se as equipes, em suas reuniões, conseguem criar e habitar seu espaço transicional, podem desenvolver uma relação espontânea e criativa com a realidade que as envolve, o que favorece a emergência da originalidade do profissional que, por sua vez, torna-se permeável à peculiaridade do paciente.

Acerca do acolhimento do insólito, Rocha (2006) aponta que os serviços substitutivos de saúde mental, do modo como estão estruturados atualmente, conseguem assegurar um lugar de alteridade para seus usuários, ainda que estes compareçam de modo alucinado. Esse lugar, denominado pelo autor de “instâncias acolhedoras de alteridade”, é desenvolvido por profissionais que sustentam seu trabalho investindo na consideração de uma certa transferência e na resposta a esta. Nesse sentido, o autor comenta que a psicanálise opera nos serviços para ajudar os trabalhadores a suportarem as incoerências, contradições e discordâncias vividas pelos pacientes.

Alguns autores asseveram, no entanto, que a viabilidade do trabalho psicanalítico nas instituições públicas de saúde requer um inevitável ajuste tanto no plano dos procedimentos empírico-técnicos, como no plano dos conceitos. Alegam que nesses contextos há diversas superposições de objetos e lugares institucionais, o que pode, se enfrentado com rigor epistemológico, potencializar o campo de teorização e de ação da psicanálise (Guirado, 2006).

Vaisberg (2004a) parece lançar algumas luzes a esse debate quando propõe que a psicanálise seja entendida a partir do pressuposto de que todas as condutas humanas, ainda que bizarras e incompreensíveis, são sempre dotadas de sentido e pertencem ao “acontecer humano”. Conseqüentemente, a psicanálise não pode, jamais, admitir qualquer tipo de exclusão, concreta ou simbólica, de indivíduos ou grupos. A autora adverte que o trabalho psicanalítico se dê sob a égide do encontro inter-humano, encontro em que o terapeuta se faz presente e disponível para uma relação de sustentação. Ele não está lá como decifrador do inconsciente de seu paciente nem, tampouco, como uma sombra muda a segui-lo. Está como presença real e genuína, capaz se pôr devotado e disponível¹³ para acompanhar as necessidades existenciais do paciente, necessidades estas que estão ligadas ao sentimento de ser real e estar vivo.

A aposta no oferecimento de um ambiente humano suficientemente bom, segundo a autora, “[...] por si mesmo humaniza, simplesmente porque aquilo a ser ofertado se

¹³ A autora observa que a disponibilidade à sustentação não se refere a uma condição humana naturalmente adquirida. Para ela, a presença real e genuína do terapeuta “[...] implicará evidentemente lidar muitas vezes com o próprio ódio. [...]”. Referindo-se a um texto de 1947 de Winnicott, ela lembra da necessidade de que o terapeuta tenha percorrido um processo de análise pessoal e faça supervisão de seu trabalho. Além disso, assevera que sustentar não se confunde com ‘dar apoio’, com ignorar a complexidade da natureza humana. Trata-se de um processo em que a presença genuína pode ser assegurada, a despeito das mais terríveis viagens que o paciente precise percorrer (Vaisberg, 2004a).

articulará com a capacidade criadora do paciente [...]” (Vaisberg, 2004b, p. 56). Tal humanização, a nosso ver, corresponde à possibilidade de criação de um espaço de códigos comuns com o paciente, de um espaço que lhe permite expressar a sua humanidade e compartilhá-la. O objetivo primordial é que ele consiga se sentir vivo a partir de seu próprio ponto de vista, podendo se personalizar e se integrar, ou seja, tendo um “si mesmo” para se relacionar com o outro.

Compartilhando dessa suposição de que é a sustentação de um encontro inter-humano que pode criar espaços profícuos à criação de uma clínica capaz de propiciar desvios em trajetórias de arraigados sofrimentos e submissões, discorreremos a seguir sobre alguns conceitos winnicottianos que nos parecem lançar luzes sobre nosso objeto de pesquisa.

Possíveis alicerces para a proposição de uma relação terapêutica

A leitura dos conceitos que pretendemos aqui desenvolver requer o esclarecimento de dois pressupostos winnicottianos. O primeiro deles diz respeito à afirmação de que nos estágios iniciais da vida, não é possível descrever um bebê, sem considerar o seu ambiente (Winnicott 1994a)¹⁴. O segundo se refere à noção de realidade objetiva, ou de objetivação. Para Winnicott (1975a), o ser humano só adquire o contato com a realidade a partir de um processo de adaptação do ambiente. É esta adaptação que propicia uma experiência de onipotência¹⁵ que vai, inicialmente, permitir que o bebê sinta que criou os objetos que encontra. Essa sensação só é possível porque a mãe apresenta os objetos de tal forma que eles podem ser sentidos como uma criação espontânea. Desse modo, mesmo que, no decurso do desenvolvimento saudável, o bebê vá percebendo um “não-eu” nos objetos que criara, ele sempre carrega uma sensação de “pessoalidade” no contato com o ambiente

¹⁴ Ao longo de sua obra, Winnicott deixa marcada a idéia de que o homem só pode ser concebido e tratado com relação ao seu ambiente, ou ao mundo que o envolve. Segundo Loparic (1997), essa premissa afasta Winnicott das idéias psicanalíticas tradicionais, que adotam a idéia de um mundo interno independente do entorno social e passível de tratamento. A partir de nossa leitura, arriscamos aproximar, guardando as devidas diferenças epistemológicas, a concepção de homem trazida por Winnicott àquela que Leal e Delgado (2007) defendem ao propor a psicopatologia do senso-comum, tal como descrevemos em páginas anteriores.

¹⁵ A onipotência a que Winnicott se refere ao descrever esse estágio de desenvolvimento é diferente da onipotência como sentimento, por ele definida em: Winnicott (1983).

externo. Trata-se de uma forma de se relacionar com o “não eu” que é constantemente perpassado por seu modo pessoal de existir.

Para a teoria winnicottiana, a relação ambiente-indivíduo percorre um processo que se estende de uma adaptação quase completa do primeiro ao segundo, até o momento em que o bebê, podendo ter criado o seu ambiente, pode viver nele de modo confiável, já que guarda as primitivas sensações de criação e de sustentação, oferecidas pelo ambiente adaptado. Nesse sentido, o ambiente, ou a realidade, nunca são completamente objetivos. Mas essa impossibilidade de total objetivação não indica uma patologia. Pelo contrário, ela anuncia a possibilidade do viver criativo e espontâneo. Essa concepção nos leva ao entendimento de que o sujeito winnicottiano é, necessariamente, social e guarda na sua relação com o ambiente um eterno jogo entre dependência e autonomia.

Winnicott (1994a) argumenta que a psicanálise passou longo tempo se preocupando com os conflitos intra-psíquicos e os sentimentos individuais, reservando até um certo desprezo à consideração dos fenômenos externos ao *setting* analítico. Diante desse raciocínio, assevera que, ao nos determos àquilo que acontece às crianças muito pequenas (e, conseqüentemente aos pacientes que vivem profundamente regredidos, como o são os esquizóides), torna-se necessário reservarmos atenção à dependência do bebê à mãe, sem a qual o bebê não pode ser visto.

Nos momentos iniciais da vida, o bebê ainda não possui uma constituição de um si mesmo, tampouco de uma instância psíquica que integre as diversas sensações e necessidades que o rodeiam, mas ainda não são suas (porque não há uma estruturação egóica suficiente para integrá-las). Ele possui apenas a tendência a continuar existindo e uma criatividade originária, únicas heranças com que, necessariamente, todos nascemos, (Winnicott, 1990a)¹⁶. É através da identificação que a mãe faz com o bebê, num processo denominado “Preocupação Materna Primária”, que ele pode começar a experimentar suas sensações regularmente, de modo que percebe que possui as condições ambientais propícias (o suporte) para continuar existindo (Winnicott, 1978a). A mãe que se identifica com o bebê e responde às suas necessidades numa medida adequada é chamada por Winnicott de “mãe suficientemente boa”, ou “mãe dedicada comum” (Winnicott, 1999a).

¹⁶ Winnicott, ao longo de sua obra, refuta as idéias freudianas e kleinianas acerca de características constitucionais, como a pulsão de morte ou o Édipo primitivo.

Winnicott (1983a) afirma que a origem da psicose se localiza em possíveis falhas do ambiente, ocorridas nesse momento de adaptação materna, denominado por ele de “dependência absoluta”. Como vimos, nesse estado de dependência, localizado nos primeiros dias de vida do ser humano, não há a possibilidade de se pensar na criança como sendo ela mesma uma unidade, já que ao nascer ela necessita da vivência de uma fase em que está completamente indiferenciada da mãe, de modo que não discrimina o eu do não eu (Winnicott, 1990a).¹⁷ Essa possibilidade de identificação com a mãe permite que ele desenvolva seu processo de percepção de si no tempo e no espaço, bem como em seu próprio corpo e na realidade. Esse processo é acompanhado pela ilusão de onipotência que, no início da vida, é importante para afastar a ameaça da falta de controle sobre os elementos que podem invadi-lo e impedir sua sensação de estar sendo um ser em processo de integração (Araújo, 2003).

Quando a mãe não prove suficientemente os cuidados vitais, deixando-o demasiadas vezes, por períodos insuportavelmente longos, privado da saciação de algumas necessidades, o bebê pode viver agonias para as quais ainda não possui condições de elaboração ou, sequer, de representação simbólica. Problemas semelhantes podem ocorrer quando a mãe prove o bebê em demasia, oferecendo-lhe mais do que ele precisa, o que lhe provoca uma sensação de intrusão, contra a qual precisa reagir. Nesses casos, a mãe não está saciando as necessidades do filho, já que se baseia nos seus anseios próprios. Quando a repetição da vivência desses problemas ultrapassa a capacidade maturacional do bebê, pode haver o desencadeamento da impossibilidade de confiar no mundo, pois tal repetição interrompe o processo ainda inicial de integração e impede que o bebê possa continuar sentindo sua existência (seu corpo e suas sensações) tranqüilamente (Winnicott, 1983b).

Por se encontrarem num estado em que não sentem o próprio corpo integrado e ainda não possuem um ritmo íntimo construído (Safra, 1997), quando tomados por essas agonias, os bebês experimentam vivências a que Winnicott (1983b) denominou de *agonias impensáveis*¹⁸ e comparou com sensações de desintegração, de cair para sempre, de não ter conexão alguma com o corpo, de irrelidade, de perda de qualquer contato e de carecer de

¹⁷ Precisaremos apresentar a teorização que Winnicott constrói para os primeiros meses de vida de um bebê, porque ele supõe que a psicose se encontra em falhas localizadas nesses meses. Contudo, não estamos com isso comparando psicóticos a bebês não crescidos; apenas entendemos que adultos com sofrimentos psicóticos sofreram privações significativas no início de suas vidas, cujas conseqüências lhes acometem no presente.

¹⁸ Agonias que não podem ser pensadas porque o bebê ainda não é capaz de representá-las psiquicamente.

orientação. Diante dessas agonias o bebê é forçado a criar defesas, o que leva à formação dos sintomas psicóticos. Portanto, ele adocece e psicotiza porque não consegue mais continuar existindo (Araújo, 2003).

Nessa direção, Winnicott (1983b) afirma que psicóticos, do **ponto de vista emocional**¹⁹, possuem necessidades ligadas à reinstalação de um processo em que pudessem experimentar a sensação de continuidade da existência, desprovidos da urgência de se defenderem contra agonias provindas da interrupção dessa continuidade. O autor defende que, ao tratar de pacientes psicóticos, o analista encontra resistência do paciente devido a um sentimento deste de que “uma área sagrada está sendo invadida”. As relações que se estabeleceram no início da vida, quando a comunicação ainda é corporal, são de tal ordem que revivê-las traz a sensação de que se está tocando em algo intocável, inenarrável, sagrado. (Winnicott, 1994a; 1994b).

A respeito da organização do *setting* para pacientes que necessitam de uma regressão à dependência absoluta, Winnicott (1994b) explica que as exigências que tais pacientes fazem ao analista são verdadeiras e sérias. Á princípio tem-se a sensação de que é possível atendê-las facilmente, porque o paciente faz uma espécie de sedução ao [...] conluio com o bebê que há [nele, e que], de uma maneira ou de outra, recebeu uma atenção insatisfatória nos estágios mais iniciais [...] (ibidem, p. 78). É apenas gradativamente que ele vai confiando no analista, cuja tarefa é responder a essas exigências durante todo o tempo necessário. Ao confiar, o paciente poderá (re)viver suas agonias e suas necessidades, o que exigirá que o analista o suporte, a despeito do estado caótico que passa a se configurar na relação terapêutica.

Ao longo desse trabalho, após apresentarmos o material empírico, retomaremos as incursões teóricas até aqui desenvolvidas, para associá-las às construções dos profissionais, familiares e usuários dos CAPS, aprofundar alguns de seus aspectos e delinear nossas propostas teóricas acerca do trabalho do arranjo profissional/equipe de referência.

¹⁹ Grifo nosso.

3. O MÉTODO

Para discorrer acerca do método que utilizamos na presente pesquisa introduziremos algumas idéias relacionadas à concepção de ciência e de metodologia de pesquisa qualitativa que nortearam nosso modo de investigar. Em seguida, trataremos de alguns aspectos da teoria hermenêutica desenvolvida por Gadamer (1997), relacionando-os às propostas metodológicas com que trabalhamos.

3.1 Breves reflexões sobre uma concepção de pesquisa científica

Nosso entendimento de ciência baseia-se no *pensamento crítico* fundado entre as décadas de 30 e 40 por intelectuais da Escola de Frankfurt, para a qual o conhecimento científico é um produto do trabalho humano, tratando-se, assim, de uma maneira de criar o mundo, mas também de uma possível ideologia. Nesse sentido, não há dicotomia entre saber e agir, sujeito e objeto, ciência e sociedade, pois o pesquisador é um sujeito histórico, permeado pelos determinantes sociais, culturais e econômicos de seu tempo. Além disso, quaisquer fenômenos estudados devem ser vistos dentro da complexidade do todo onde se inserem, sem que haja a ilusão de que possam ser apreendidos com completa objetividade. Esses fenômenos, enquanto objetos de pesquisa, afetam o pesquisador, provocando-lhe indagações e, conseqüentemente, são considerados como participantes do processo de investigação. (Alves-Mazzotti, 1998).

Essa concepção de ciência pode se alinhar a algumas reflexões propostas por Santos (1989), para quem a ciência moderna, marcada pelo positivismo, deve sofrer uma ruptura epistemológica orientada no sentido de “[...] garantir a emancipação e a criatividade da existência pessoal e social[...]” (Santos, 1989, p. 42). Para tanto, fazem-se necessárias três modificações: a primeira delas diz respeito à aproximação progressiva entre o discurso do *sensu comum* e o discurso científico, de modo que se torne possível um diálogo verdadeiro entre ambos e uma diminuição das diferenças que os separam, diferenças essas muitas vezes de caráter ideológico,.

É preciso também trabalhar a favor da superação da dicotomia contemplação/ação, ou da distância entre o conhecimento que a ciência constrói acerca da realidade e a leitura ou o acesso a esse conhecimento por parte dos homens concretamente inseridos nessa

realidade (no caso dessa pesquisa, os trabalhadores e usuários dos CAPS). Nesse sentido, é necessário refletir ainda sobre o tipo de utilização social que pode ser feito desse conhecimento, o que requer uma revisão acerca da concepção ética que o está embasando. Finalmente, é importante mantermos constantemente viva a possibilidade de uma reflexão crítica acerca do processo de investigação científica, considerando-se todos os determinantes, objetivos e custos sócio-culturais, políticos e econômicos nele envolvidos, além de seus encaminhamentos de uma ação adaptativa ou criativa (Santos, 1989).

Essas concepções se colocam como uma espécie de suporte que subjaz todo o trabalho de pesquisa que pretendemos apresentar nesse texto.

3.2 Reflexões sobre o método

Em consonância com a concepção de pesquisa acima descrita, destacamos que para Minayo (1992) na metodologia estão inseridas as concepções teóricas de abordagem da realidade, o conjunto de técnicas utilizadas para essa abordagem e o potencial criativo do pesquisador, tratando-se, portanto, “[...] de um imbricamento entre a habilidade do produtor, sua experiência e seu rigor científico [...]” (Minayo, 1992, p. 23). Nesse mesmo sentido, Salles de Oliveira (1998) propõe que o método seja entendido como “[...]um caminho seguro, uma via de acesso que permita interpretar com a maior coerência e correção possíveis as questões sociais propostas num dado estudo, dentro da perspectiva abraçada pelo pesquisador[...]” (ibidem,p. 17).

Concordando com outros cientistas sociais, o autor propõe que um bom método é aquele que permite a obtenção do maior número de informações possível, com o menor número de regras, através de fundamentos e processos refletidos. Além disso, enfatiza que o trabalho científico exige que o objeto de pesquisa e o seu método de investigação tenham ressonância na vida pessoal do investigador, não se tratando, é claro, de uma reiteração mecânica da experiência ou de um trabalho de conformismo e estabelecimento da mesmice, em situações completamente diversas. Ele adverte que um bom pesquisador não se limita ao conhecimento e a aplicação de regras e técnicas, mas consegue fazer associações originais através do contínuo trabalho de aprimoramento e refinamento da percepção, da sensibilidade e da capacidade de ampliação de horizontes de compreensão e de se comover com a alteridade.

Nesse tipo de concepção de pesquisa, Salles de Oliveira (1998) defende que a interpretação é a apreensão que o pesquisador faz de uma determinada ação ou um acontecimento a partir de seus variados determinantes. Para isso, ele busca as coerências ou contradições próprias do seu objeto, deixando-se tocar pela alteridade do mundo social, ainda que ela se mostre muito diferente daquilo julgamos bom ou certo. A magnitude com que o pesquisador se deixa tocar pelo objeto e com que o toca exige auto-observação constante e coerência metodológica.

Ao propor um modo de operar o método qualitativo, Turato (2000) faz reflexões que nos parecem úteis para o aprofundamento dessa discussão metodológica. Embora partindo de algumas tradições teóricas distintas, o autor faz afirmações próximas daquelas que resgatamos em Minayo (1992) e Salles de Oliveira (1998). Enfatiza que no método qualitativo o pesquisador é seu próprio instrumento de trabalho, cabendo a ele, além do auto-exame, o desenvolvimento de uma certa disponibilidade para o contato com o outro e o acolhimento das angústias e ansiedades que a pesquisa produz nesse outro (além de produzir no próprio pesquisador). Nesse sentido, para Turato (2000) a pesquisa qualitativa se ocupa tanto (ou até mais) do processo de investigação, quanto do produto, estando preocupada em penetrar na estrutura íntima e latente do sujeito ou do fenômeno pesquisado.

Esperamos que a elucidação desse tipo de concepção de pesquisa e de método tenha esclarecido mais uma faceta do lugar de onde estamos investigando, pontuando assim nosso posicionamento ético-político e nosso *modus-operanti*. Mas, ainda nos cabe elucidar algumas concepções que embasam o tipo de abordagem, ou de leitura que procedemos na investigação e nos permitiram concretizar algumas das prerrogativas metodológicas acima desenvolvidas. Para tanto, a seguir discorreremos sobre alguns aspectos da teoria hermenêutica que se fizeram presentes no nosso modo de investigar e abordar as construções dos sujeitos de pesquisa.

3.3 A hermenêutica como Postura metodológica

Encontramos no pensamento hermenêutico um profícuo caminho para construirmos nosso método de pesquisa. Gadamer (1987) pondera que a hermenêutica não pode ser considerada um método na acepção cartesiana, já que ela não pressupõe um uso da razão

que seja suficiente para a proteção de quaisquer erros. Porém, para o autor, a hermenêutica pode ser assumida como uma postura que poderia ser chamada de metodológica, já que pressupõe conceitos, categorias e um modo de interrogação dos textos. A teoria, ou o pensamento hermenêutico, têm uma complexidade tal que não cabe aos objetivos desse trabalho. Sendo assim, trabalharemos com alguns conceitos dessa teoria para explicitar a postura metodológica hermenêutica que sustentou a nossa pesquisa.

Gadamer (1987) defende que a compreensão não consiste em uma espécie de “comunhão de almas”, mas se refere a uma participação num “sentido comum”. Para tanto, faz-se necessário que o pesquisador esteja atento às condições sobre as quais a compreensão é possível, através do exame dos preconceitos e autoridades que o envolvem, e do reconhecimento de sua pertença a uma tradição, tal como discutimos em sessões anteriores deste texto.

Segundo Minayo (2002), a hermenêutica é uma disciplina que objetiva a compreensão de textos, sendo estes entendidos de maneira ampla (biografia, narrativa, entrevista, livro, artigo, dentre outros). Tal compreensão tem como eixo central a capacidade do intérprete de se colocar no lugar do outro, ou daquilo que é diferente dele. Porém este ser diferente é entendido, na filosofia hermenêutica, como alguém com quem se constitui a humanidade, constituição esta que é mediada pela linguagem, inclusive quando é necessário o encontro com um tempo que não seja o presente. Na leitura da autora, a hermenêutica, a partir dos escritos de Gadamer (1997), funda-se na compreensão, conceito que diz respeito a um movimento abrangente e universal do pensamento humano, originado na intersubjetividade. Para essa corrente de pensamento a compreensão tende a acontecer naturalmente na medida em que os seres humanos fazem movimentos relacionais para se porem de acordo uns com os outros.

A hermenêutica é necessária quando esse acordo não acontece a partir da espontaneidade dos envolvidos. Ela propicia que se chegue a um entendimento, embora nunca completo ou total, mas também pode incluir o não entendimento, a alteridade e mal entendido. A compreensão que ela consegue propiciar sempre diz respeito ao modo como vivenciamos uns aos outros. Além disso, deve-se saber que no texto a ser compreendido encontra-se inscrita a razão e a vontade humana, conforme defende Ayres (1994).

Importante lembrar que para Gadamer (1987), no plano das ações humanas, pareada com a liberdade, está a necessidade, ou seja, o elo que une as pessoas, restringindo a ação ao que é possível num certo quadro de determinantes relacionais. Originalmente o homem seria livre, mas sua liberdade encontra os limites nas necessidades impostas pelas circunstâncias de sua vida concreta. Nessa perspectiva, toda vida é potencialmente ilimitada pela liberdade e, ao mesmo tempo, limitada pelas circunstâncias concretas. O mesmo ocorre com a leitura: ela nunca se dará no sentido global e totalizante, será sempre a leitura possível, construída pelo olhar do presente e guiada por questões, pressupostos e interesses que, por sua vez, orientam perguntas e respostas (Minayo, 2002). Assim, como propõe Onocko Campos (2001b, p. 36), a compreensão não é um comportamento reprodutivo, mas sempre produtivo. [...]começa ali onde algo nos interpela [...]”.

Antes de prosseguirmos com nosso entendimento acerca da postura metodológica que o pensamento hermenêutico nos permite construir, é necessário apontar que essas breves descrições já apresentam profunda ressonância à idéia que trabalhamos sobre pesquisa qualitativa: uma pesquisa que considera a subjetividade, não dicotomiza sujeito e objeto, ação e contemplação, nem, tampouco, se propõe a uma apreensão global, acabada e única da realidade. Assim, nossa proposta é a construção de uma leitura e uma compreensão *possíveis*, segundo as tradições e preconceitos que vimos esclarecendo.

Como mencionamos no início deste trabalho, segundo Gadamer (1997), o senso comum e o preconceito não precisam ser evitados pelo cientista, pois, fazê-lo seria impossível. Eles devem transformar-se em questões e guiar a pesquisa. Portanto, o preconceito só atrapalha a pesquisa quando é inconsciente; na medida em que pode ser alcançado pela consciência do pesquisador, ele pode ser questionado e esclarecer os determinantes históricos que estão incidindo sobre a investigação.

Em seu texto sobre a relação entre ciência e senso comum, Santos (1989) comenta que Gadamer criticava, sistematicamente, a hermenêutica do século XIX pela negligência ao papel positivo dos preconceitos ou pré-juízos em todo processo de compreensão. Referindo-se às idéias gadamerianas, Santos (1989) aponta que os preconceitos são constitutivos de nosso ser e de nossa historicidade, nos capacitam a agir e nos abrem para a experiência. São, assim, indispensáveis para a compreensão de nosso modo de ser no mundo. Porém, para a apreensão do sentido do termo preconceito na obra gadameriana,

não podemos desconsiderar a idéia de que é a experiência de pertença a tudo que é humano que nos “[...] permite compreender um fato ou uma obra particulares, distinguir as experiências pretéritas e alheias das próprias, identificar, a um só tempo, o si mesmo e o Outro [...]” (Ayes, 1994, p.317). Podemos concluir que os preconceitos também são imprescindíveis à compreensão de nosso ser na pesquisa e, portanto, do modo como pensamos e conduzimos a investigação.

Segundo Minayo (2002), o processo de leitura do texto deve considerar as diferenças e semelhanças entre o contexto do autor e o do pesquisador, deve incluir o questionamento do pesquisador acerca dos motivos e das condições que o levam a posicionar-se de uma maneira ou de outra e deve tomar o texto nele mesmo para a compreensão, evitando a mediação de análises técnicas ou do âmbito da lingüística. A esse respeito Ayres (1994) explica que para Gadamer (1991) olhar a linguagem a partir de aspectos extralingüísticos de sua determinação, compromete a historicidade da compreensão. Portanto, é essencial para a compreensão hermenêutica o pressuposto de que “[...] quem compreende está incluído no que quer compreender [...]” (Ibidem, p.317). Desse modo, na interpretação, o cientista não decodifica uma experiência externa a ele mesmo, mas a sua própria experiência a partir das necessidades e possibilidades trazidas pelo horizonte lingüístico daquilo que é diferente dele. O investigado suscita questões inéditas ao investigador, mas é sempre este último que, diante de todo o universo lingüístico, destaca o investigado e o coloca nessa condição.

A respeito do lugar do investigador na compreensão, julgamos importantes algumas elucidaciones que Onocko Campos (2001b) faz a partir de sua leitura de Gadamer e de Paul Ricoeur. A autora esclarece que “[...] o momento propriamente hermenêutico é aquele em que a interrogação se volta para o tipo de mundo aberto pelo texto e diante dessa abertura do mundo textual, compreender não é projetar-se no texto, mas expor-se a ele [...]” (Ibidem, p. 41). Portanto, o investigador destaca o objeto porque é por ele afetado, sendo que a compreensão do objeto depende da continuidade dessa afetação. É nessa perspectiva, na abertura a estranheza, que nos parece adequado o entendimento da interpretação como a decodificação de uma experiência interna ao cientista.

Gadamer (1997) propõe ainda que a compreensão se dá em círculos, os círculos hermenêuticos, mas de tal modo que, a cada passagem pelo mesmo lugar, novos campos de

visão são construídos. Nesse sentido, utilizamo-nos do que acima viemos desenvolvendo acerca da tradição, da autoridade, dos clássicos e da necessidade de torná-los conscientes, para elucidar outro aspecto do modo como procedemos nessa investigação. Trata-se do destaque do objeto. Como já dissemos, para Gadamer (1997) são o presente e seus interesses que interpelam o pesquisador, que se volta para o passado e sua tradição. Mas, nesse retorno, ele se depara com as possibilidades de liberdade e escolha. Feita de múltiplas vozes do passado, a tradição elucidada aponta para a diversidade de interesses e caminhos. Nessa diversidade é que o objeto de pesquisa se destaca.

O pesquisador, interpelado pelo seu presente, escolhe um objeto, ou uma aspecto da realidade para investigar, dentre as múltiplas outras possibilidades de estudo. Mas, essa escolha é diferente de um recorte. Para a hermenêutica, enquanto uma postura metodológica, o objeto se destaca na sua tradição, sustentada em autoridades e clássicos. Note-se que ação de destacar remete sempre a uma reciprocidade, pois [...] algo que se destaca torna simultaneamente visível aquilo do que se descata [...]. (Gadamer, 1997, p. 457). Conseqüentemente, o objeto não se perde do seu contexto, não é amputado de suas macro e microrrelações de produção. (Onocko Campos, 2001b).

Sobre essa ação metodológica de destacar o objeto, é necessário tomarmos alguns cuidados. Primeiramente é necessário saber que a incursão na tradição é um percurso metodológico essencial. Mas, como vimos anteriormente, a tradição na obra deste autor é proposta como pluralidade de vozes, nas quais o passado ressoa. Ao interpelarmos a tradição podemos exercer nossa liberdade, já que podemos escolher as vozes que naquele momento específico nos interpelam. Além disso, devemos lembrar que qualquer objeto é destacado dentro do percurso histórico do cientista (que, como já dissemos, existe entre a liberdade e a necessidade, ou seja, tem liberdade a partir da trajetória pré-determinada pela sua história). O destaque do objeto pode se dar quando o cientista torna consciente sua própria historicidade.

O reconhecimento da própria historicidade e, portanto, o percurso entre presente e passado, horizontes que não existem por si mesmos, mas que são socialmente construídos, permite que a história faça efeitos e toque o cientista. Considerando-se a historicidade, conclui-se que o passado e o presente estão sempre juntos, em recíproco processo de

influência. Nessa perspectiva, como lembra Onocko Campos (2001b), para a hermenêutica gadameriana é sempre o presente e os seus interesses que impulsionam a pesquisa.

Gadamer (1997) considera que a produção de conhecimento é mediada por nossas tradições e preconceitos, sendo estes constitutivos do nosso modo de perceber o mundo e nele nos colocar. No entanto, para o autor, é possível acessarmos tal material a partir da reflexão consciente, atividade mental que nos prestaria esclarecimentos sobre nós e aquilo que nos atravessa. No que tange a essa questão, faz-se necessário reconhecermos uma distinção entre essa concepção gadameriana e o pressuposto básico da psicanálise, tradição que sustenta grande parte da compreensão que desenvolvemos nesse trabalho. Como sabemos, toda a obra do freudiana postula que o homem não tem acesso direto a todos os valores que o constituem. Somos, desde de nossa origem, constituídos por uma parte de nós que nos fica oculta a experiência imediata e que determina muitos de nossos comportamentos e modos de experimentar a vida.

Ainda que façamos psicanálise pessoal e elucidemos aspectos de nossa vida inconsciente, sempre nos restará um mundo oculto e pulsante em cada um de nós, dando seus sinais através de nossos lapsos, sintomas e produções criativas. A estruturação de uma teoria acerca do inconsciente humano limitou, para sempre, nossos anseios onipotentes, de tal modo que nunca conseguiremos ascender a um conhecimento totalitário de nós mesmos ou do mundo. A ciência e o auto-conhecimento nos torna potentes, mas a onipotência, que inclui as possibilidades ilimitadas da razão, está para sempre barrada da experiência propriamente humana. Onocko Campos (2005a) pontua que essas diferenças entre as concepções hermenêutica e psicanalítica devem ser reconhecidas como distinções, mas não como separações que impeçam ambas tradições de trabalharem juntas. Assim, consideramos que é possível procedermos com o desenvolvimento de uma compreensão hermenêutica, ainda que alocando ao lado dela a tradição psicanalítica, com as diferenças que a marcam.

Tendo delineado o arcabouço teórico em que nos apoiamos para o contato com o nosso campo de estudo, desenvolveremos, a seguir, a descrição dos Grupos Focais e das Entrevistas, tidos aqui como técnicas que utilizamos para construir a compreensão do objeto pesquisado. Apresentaremos também a concepção de *narrativas* com que trabalhamos para construir parte da elaboração do material empírico. O leitor notará que,

freqüentemente, estaremos retomando elaborações, teorizações e tradições já comentadas, pois caminharemos no sentido de cumprir com o pressuposto hermenêutico que entende que a compreensão implica na constante revisão e reconstrução. Tendo em vista a disposição para o contato com a alteridade, nessas revisões e reconstruções não estaremos delineando um “círculo vicioso”, já que abordaremos ou retomaremos as tradições a partir de diferentes perspectivas, propiciadas pelo nosso material de pesquisa.

4. TÉCNICAS UTILIZADAS PARA CONSTRUÇÃO DO MATERIAL DE PESQUISA

Nosso material empírico fora construído através dos seguintes procedimentos:

Procedimentos realizados pela Pesquisa Avaliativa, dos quais participamos:

- 2 rodadas de 6 Grupos focais, com cerca de 12 trabalhadores cada, de categorias diversas. Tratou-se de um grupo por CAPSIII da cidade. Os trabalhadores estavam agrupados por CAPS.
- 2 rodadas de 1 grupo constituído por 2 usuários de cada CAPSIII da cidade.
- 2 rodadas de 1 grupo constituído por 2 familiares de usuários de cada CAPSIII da cidade.
- 2 rodadas de 1 oficina de construção de parâmetros e dispositivos avaliativos acerca do tema Projeto Terapêutico Individual.

Procedimentos realizados exclusivamente para essa pesquisa de doutorado:

- 2 rodadas de 1 grupo focal, composto por 2 trabalhadores de cada CAPSIII da cidade.
- 8 entrevistas em profundidade com, pelo menos, 1 usuário de cada CAPS III da cidade. Em dois dos CAPS foi possível entrevistar 2 usuários e, nos outros, apenas 1.

A utilização do material construído em todos esses grupos e entrevistas nos permite reunir nesse texto elaborações de, aproximadamente, 90 sujeitos que participaram das duas pesquisas. A seguir, apresentamos uma conceituação desses procedimentos, bem como o modo como os operacionalizamos²⁰.

4.1 Os grupos focais²¹

²⁰ Todos os procedimentos realizados no campo empírico foram autorizados pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, bem como pela secretaria Municipal de Saúde da cidade de Campinas. Os documentos de aprovação constam em anexo. Note-se que no momento da aprovação o projeto dessa pesquisa possuía um título diferente do que foi dado a esta tese. Todos os sujeitos assinaram termo de consentimento livre esclarecido, condizente com as diretrizes e normas da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução nº 251, de 7/08/1997, do mesmo conselho, atendendo as exigências da Declaração de Helsink.

²¹ Publicamos parte das elaborações acerca dos grupos focais, aqui discutidas, em capítulo de livro (Miranda et al, 2009).

O grupo focal é uma técnica qualitativa, não diretiva, que vem sendo amplamente utilizada nas áreas da saúde, educação e sociologia, para a captação de dados e para a avaliação de programas e serviços (Wiggins, 2004). Permite a obtenção de informações, a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum. Possibilita também a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também dos motivos pelos quais entendem de determinada forma, bem como dos tipos de consensos e dissensos que possuem e do modo como se posicionam diante deles. Portanto, viabilizam a observação de como os sujeitos interagem entre si e de como criam e resolvem as controvérsias e os problemas, numa situação que se aproxima daquela que ocorre na vida real. (Westphal et al., 1996; Morgan, 1997).

Morgan (1997) defende que os grupos focais podem se estruturar de modos diferentes, conforme seu contorno metodológico e seu objetivo. No nosso trabalho de pesquisa utilizamos o que o autor chama de *grupo auto-referente*. Nesse caso, a técnica é utilizada para conhecer assuntos ainda pouco explorados, ou para aprofundar opiniões e investigar os posicionamentos, sensações, avaliações e jogos de interação provocados por um dado tema, já conhecido. As construções desses grupos podem gerar propostas teóricas ou testar hipóteses. Segundo o autor, os grupos permitem a observação de aspectos que não se produzem isoladamente ou em contatos duais. Além disso, são valiosos para o pesquisador compreender como os participantes se sentem e se posicionam quando são confrontados com opiniões e idéias divergentes.

Alguns autores lembram que cabe ao moderador do grupo cuidar para que o espaço de discussão seja permeável às diferenças de opiniões e à interação entre os participantes, de modo que todos eles tenham a possibilidade de se expressar e escutar aos demais. Também é importante que o moderador cumpra sua função de levar à discussão todos os temas sobre os quais se está pesquisando e chamar o grupo para a focalização nestes, em momentos de possíveis dispersões. Para tanto, ele pode fazer resumos do que foi discutido até então, evidenciando as controvérsias e dissensos e, na medida do possível, encadeando os assuntos. Mas, deve conter sua participação para os momentos necessários, de modo a deixar que a discussão flua (Levolino e Pelicioni 2001, Morgan, 1997).

O formato flexível dos grupos permite que o moderador explore perguntas imprevistas e alcance um aprofundamento das questões ou um modo inédito de concebê-

las. É necessário atenção para não permitir que questões importantes sejam abordadas apenas no final do grupo e para que o roteiro de perguntas não seja utilizado como um questionário. (Levolino e Pelicioni 2001, Morgan, 1997). Portanto, o papel do moderador é de facilitar as discussões, devendo estar atento aos processos psicossociais expressos nos jogos de influência que surgem em torno das opiniões. É sua função também chamar a atenção para os argumentos discordantes quando o grupo tende a ignorá-los. A mínima unidade de análise do grupo focal é o próprio grupo, o que significa que todas as idéias esboçadas são atribuídas ao grupo, a despeito da discordância de um membro ou de outro (Gondim, 2002).

Estudiosos defendem que o moderador do grupo não deve coincidir com o pesquisador, de modo que alguma neutralidade seja garantida e que os interesses de pesquisa não interfiram demasiadamente nas discussões grupais (Levolino e Pelicioni 2001). No entanto, Gondim (2002) argumenta que o pesquisador, quando no lugar de moderador, pode avaliar, junto do próprio grupo, a pertinência de suas construções ou concepções teóricas, testando suas possíveis interpretações através da discussão com os próprios participantes. Desse modo, pode-se evitar problemas, tais como aqueles levantados por Morgan (1997), que conta que o pesquisador pode tomar um tema como importante (porque é muito discutido), quando ele é apenas interessante. Analogamente, pode deixar de reconhecer um tema importante porque não é tido como interessante pelo grupo. Outro aspecto técnico destacado por Gondim (2002) é o esclarecimento, antes do início do grupo, das regras básicas do trabalho a ser desenvolvido: todos têm o direito de dizer o que pensam; a cada pessoa deve ser reservado o espaço de falar e ser escutada (o que implica em evitar movimentos em que um membro do grupo interrompe o outro, enquanto este ainda está falando); não existe um lugar de domínio da discussão a ser ocupado por alguém; as discussões paralelas àquelas comuns ao grupo devem ser evitadas.

Além do moderador, os grupos focais devem possuir um observador, cuja tarefa será de anotar as comunicações não-verbais, os movimentos de dispersão do grupo e as conversas paralelas, formando um material útil para a análise das discussões construídas (Westphal, 1996).

Geralmente os grupos têm, em média, de seis a dez participantes que são escolhidos a partir de amostra intencional (Morgan, 1997), de modo que alguns critérios de

homogeneidade sejam garantidos. Para Westphal (1996) é aconselhável que a homogeneidade dos participantes seja um critério de composição dos grupos, pois ela facilita a livre comunicação. Gondim (2002) pontua que é oportuno evitar que participem de um mesmo grupo pessoas que já possuem algum laço social, seja de trabalho, vizinhança, parentesco, ou outros quaisquer. Segundo a autora, sujeitos que já formam algum tipo de grupo tendem a reproduzir, no grupo focal, aqueles acordos tácitos sobre o que dizer e o que não dizer que regem suas interações cotidianamente.

Sobre o número de participantes dos grupos focais, Gondim (2002) faz a ponderação de que deve ser medido de acordo com os objetivos da pesquisa e das características dos sujeitos. Exemplifica que o número pode ser menor que seis quando se chama para a discussão pessoas que têm muito conhecimento sobre o assunto em questão e tendência a falar bastante. A autora defende que reduzir o número de participantes, nesse caso, pode facilitar que todos tenham o espaço necessário para falar o que desejam e, conseqüentemente, aprofundar o tema. A esse respeito, Fontanella et al. (2008) lembram que a amostragem em pesquisa qualitativa não se define a partir de critérios estatísticos, pois depende, indiretamente, dos objetivos do estudo e do referencial teórico utilizado pelo pesquisador. Este deve se preocupar com a representatividade de certas dimensões do contexto, sempre em construção histórica.

Os autores advertem, no entanto, que um erro no tamanho amostral pode comprometer a credibilidade dos achados e da análise, ainda que a saturação da amostra deva ser medida a partir dos estudos, tendo modificações se, por exemplo, se pretende alcançar generalizações acerca da estrutura de um grupo, ou aprofundamento sobre algumas características peculiares dos indivíduos. Observam ainda que questões práticas (como financiamento e tempo da pesquisa), ontológicas (como as categorias teóricas que se dispõem – ou não - para a análise de um determinado fenômeno) e cognitivas ou psicodinâmicas do pesquisador (como sua condição para suportar angústias provindas da relação com os sujeitos ou para escutar o que estes têm a dizer, de seus modos) podem influenciar na decisão pela saturação de uma amostra. Sendo assim, indicam que o relatório de pesquisa deve esclarecer todos os fatores decisivos para a limitação da amostra, não se restringindo a uma simples menção do uso desse recurso metodológico (Fontanella et al., 2008) .

Gondim (2002) assevera ainda que é essencial que o pesquisador tenha o posicionamento ético de garantir o sigilo em relação às falas e à identidade dos participantes, já que muitas vezes os grupos tratam de temas polêmicos e são palcos de depoimentos pessoais ou declarações, de algum modo, comprometedoras. Também pontua que, antes de convidar o sujeito para participar do grupo, deve-se avaliar se ele tem algo a dizer e se sente-se confortável em fazê-lo.

A preparação dos grupos focais deve contar também com o cuidado na elaboração dos roteiros. Estes devem conter os principais temas de interesse da pesquisa e servir de apoio ao moderador. No entanto, não podem ser tomados como um questionário e requerem fluidez. Seu formato, geralmente, obedece à ordem de iniciar pelas questões mais gerais até alcançar aquelas específicas. O moderador deve utilizá-los para se organizar na discussão e se lembrar das questões necessárias, mas não precisa segui-lo, devendo respeitar a fluidez da discussão e o encadeamento construído pelo grupo; estando atento, é claro, para não perder o foco e a abordagem do que lhe é mais importante (Westphal,1996).

Gondim (2002) apresenta algumas questões acerca dos grupos focais, questões estas que devem ser consideradas no momento da análise do material neles construídos. Lembra, inicialmente, que os participantes podem ter limitações para manter a atenção na discussão quando várias pessoas argumentam e trazem idéias diferentes. Para a autora, tais limitações, bastante comuns, geralmente não são muito administráveis pelo moderador. Nesse mesmo sentido, outra dificuldade pode ser a manutenção da mesma idéia, desde que ela é construída por um sujeito até o momento em que pode ser expressa, após a fala dos outros participantes. Além disso, a conformação grupal pode gerar um certo medo de desaprovação social entre os membros da discussão, inibindo-os de relatar o que pensam verdadeiramente. Note-se que esse receio de desaprovação é acentuado quando os participantes pertencem a um mesmo ciclo de relações, sobretudo quando estas implicam alguma subordinação.

A autora levanta ainda interessantes questões que decorrem da escolha pela homogeneidade ou pela heterogeneidade dos grupos. Aponta que em grupos homogêneos os sujeitos costumam sentir-se confortáveis para fazer auto-avaliações e rever posicionamentos, o que, conseqüentemente, pode lhes ter custos subjetivos e gerar algum

constrangimento. Já nos grupos heterogêneos os sujeitos tendem a se fixar em seus pólos de opinião e se mostrar em posturas mais rígidas (Gondim, 2002).

Contamos a seguir como procedemos nos grupos focais da presente pesquisa e comparamos nossa prática com alguns aspectos teóricos aqui apresentados.

4.1.1 Como procedemos

Como mencionamos na primeira sessão do presente trabalho, o projeto desta pesquisa está ligado à *Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental* (Onocko Campos, et al., 2005b), pesquisa que realizou duas rodadas de grupos focais com gestores dos CAPS, gestores da secretaria de saúde de Campinas ligados à Saúde Mental, trabalhadores, usuários e familiares dos CAPS. Para o presente trabalho utilizamos as construções dos grupos de trabalhadores, usuários e familiares. Além disso, para a discussão exclusiva do tema de referência, fizemos mais duas rodadas de grupos focais com trabalhadores, não incluídas na pesquisa avaliativa, como descreveremos adiante.

Para a composição do grupo de trabalhadores, utilizamos amostra intencional (Morgan, 1997). Convidamos todos os CAPS da cidade a participar através da indicação de 12 de seus profissionais de cada serviço, devendo estar entre estes, pessoas das diversas categorias profissionais de nível médio e universitário²². Fizemos duas rodadas de seis grupos de trabalhadores cada, sendo que se tratava de um grupo por CAPS, ou seja, nosso critério de homogeneidade foi o pertencimento ao mesmo serviço, independentemente da categoria profissional ou da função ocupada (com exceção da coordenadora, que participara apenas de um grupo composto por todos os coordenadores, que não descreveremos aqui). Também solicitamos que os profissionais tivessem mais de 3 meses de inserção no serviço. Conforme relatos dos grupos, as equipes dos serviços decidiam

²² Para viabilizar a participação dos sujeitos em todos os processos da pesquisa avaliativa, esta criou um dispositivo denominado Comitê de pesquisa. Era composto por um profissional de cada CAPS, que se dispôs espontaneamente ao envolvimento com o processo investigativo e tinha uma remuneração para cobrir seus gastos com transporte até a Unicamp. O comitê se reunia regularmente com os coordenadores da pesquisa e, quando pertinente, com o grupo de pesquisadores, para discutir o desenho da investigação e organizar o campo. Desse modo, eram os profissionais do Comitê que levavam para as equipes as discussões acerca da pesquisa e refletiam, com seus colegas, a participação que vinham construindo. Consequentemente, tinham oportunidade de interferir na investigação, conforme lhes parecesse necessário e, ao mesmo tempo, nos ajudavam na viabilização do campo, que envolvia um número grande de pessoas e instituições. (Furtado e Onocko Campos, 2008)

quais profissionais participariam dos grupos através das reuniões das respectivas instituições (compostas por todos os profissionais que lá trabalham). Assim, de posse dos critérios de participação, as equipes tiveram completa autonomia para escolherem os sujeitos da pesquisa.

Nas duas rodadas de grupos focais tivemos um número de participantes acima da média esperada pela literatura (Westphal et al.,1996), êxito da pesquisa que atribuímos, em grande parte, à qualidade da articulação que fizemos com o Comitê de Pesquisa. De forma geral, cada grupo tinha de 10 a 12 participantes, das diversas categorias profissionais presentes nos CAPS. Na segunda rodada, alguns poucos profissionais não puderam comparecer e foram substituídos por outros, a partir da escolha de suas próprias equipes.

Os grupos de usuários foram compostos também a partir de amostra intencional (Morgan, 1997). Convidamos dois usuários de cada CAPS da cidade, a serem escolhidos pelas suas respectivas equipes. Em relatos produzidos durante o grupo, alguns contaram que foram suas técnicas de referência que os convidaram para a participação e outros disseram que esta fora decidida na assembléia. Os únicos critérios de inclusão dos usuários foram a experiência de leito-noite no CAPS ou de internação em hospital psiquiátrico, a experiência de ter exercido algum tipo de representação do CAPS (em Conselhos de saúde, assembléias, ou outros dispositivos) e o desejo em participar da pesquisa.

Nas duas rodadas do grupo de usuários não contamos com o número de sujeitos esperados. Na primeira rodada havia 8 deles, pertencentes a 6 dos CAPS da cidade. Dois usuários de um mesmo CAPS, devido a um erro de informação de um dos membros do Comitê, compareceram em local diferente daquele por nós indicado para o grupo. Sobre os outros dois não conseguimos explicações acerca da ausência. Na segunda rodada havia 10 usuários, sendo que todos os CAPS estavam representados.

Para o grupo de familiares, também estruturado a partir de amostra intencional, solicitamos a participação de dois familiares de cada CAPS e, conforme orientação do Comitê de Pesquisa, realizamos o grupo em dia e horário que não coincidisse com momentos em que estivessem ocupados em seus trabalhos. Na primeira rodada compareceram 10 usuários e na segunda 8, estando todos os CAPS representados em ambos momentos.

Em todos os grupos da primeira rodada procedíamos cumprimentando os participantes, agradecendo pela presença deles, nos apresentando, solicitando que eles também se apresentassem e informando sobre os objetivos e o método da pesquisa. Pedíamos para gravar a discussão, expúnhamos as regras básicas, segundo as sugestões de Gondim (2002) e iniciávamos com as perguntas do roteiro de discussão (Anexo). Além do moderador da discussão, participavam do grupo um anotador e um observador, todos envolvidos com trabalhos de mestrado, doutorado ou iniciação científica do grupo de pesquisa Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces.

Entregávamos para cada sujeito do grupo um papel com um número e um espaço para que colocassem seus nomes, de modo a facilitar a tarefa do anotador. Este anotava as primeiras palavras de cada participante, bem como os comportamentos que lhe chamassem a atenção. Também cabia ao observador a anotação de gestos, posturas e falas que julgasse relevantes para a compreensão da discussão. A fim de nos assegurar da fidedignidade das transcrições e da clareza de escuta das gravações dos grupos, fizemos uso de uma anotação gráfica do lugar de cada participante na sala, com seu respectivo número e nome. Após a realização dos grupos focais, os pesquisadores se reuniam para discutir as conduções já realizadas e, quando necessário, tornar consensual as formas de abordagem dos assuntos.

Começávamos com perguntas amplas e deixávamos que todos os participantes falassem, interferindo apenas para pedir aprofundamentos ou lembrá-los da necessidade de falarem um de cada vez. Não seguíamos a seqüência de questões do roteiro, permitindo que os sujeitos encadeassem os assuntos conforme o andamento da discussão que estavam construindo. No entanto, se alguma fala remetesse a questões do roteiro, introduzíamos a pergunta e pedíamos que discorressem a respeito do assunto. Quando identificávamos que algum tema não estava sendo suficientemente argumentado, seja por discordância entre os participantes, seja pela dificuldade que ele impunha, o recolocávamos e tentávamos reintroduzir sua discussão. Aqueles temas que não foram espontaneamente discutidos e constavam em nosso roteiro, foram por nós levados ao grupo.

É necessário admitirmos que em vários momentos demos livre curso para que os grupos *desfocassem*, ou seja, fizessem suas associações livres e introduzissem temas e modos de discussão que não prevíamos. Esse quadro permitiu que particularidades de cada grupo aparecessem, porém, sem deixar de abordar os temas centrais da pesquisa, indicados

no roteiro. Ao final do processo, os pesquisadores concluíram que todos os moderadores adotaram uma postura permissiva às argumentações dos sujeitos, aos embates e às polêmicas, oferecendo espaço para os grupos aprofundarem nos assuntos e não restringindo as possibilidades de discussão quando já tinham a resposta a uma dada pergunta.

Na segunda rodada de grupos focais procedemos de modo semelhante à primeira, mas no lugar de perguntas de um roteiro, fizemos a leitura conjunta da narrativa que escrevemos acerca das construções do grupo (o grupo de pesquisa fez uma narrativa para cada grupo focal). Após essa leitura solicitávamos que os sujeitos fizessem suas considerações sobre o nosso entendimento e a nossa compreensão do que haviam discutido anteriormente, abrindo espaço para o aprofundamento das questões abordadas e para o esclarecimento de possíveis problemas na nossa compreensão. Além disso, pedíamos que discorressem sobre alguns temas que, após a elaboração das narrativas, julgamos que não estavam suficientemente elaborados.

Em todos esses grupos, o roteiro de questões abordava uma quantidade ampla de assuntos, dada a complexidade da atenção desenvolvida nos CAPS. Dentre esses assuntos, encontrava-se o trabalho de referência, com seus determinantes e consequências. No presente texto nos restringiremos a tratar das construções elaboradas acerca desse tema.

Ao nos depararmos com as construções feitas nesses grupos sobre o referenciar, verificamos que pouco fora debatido acerca das concepções clínicas que embasam o trabalho de referência e dos possíveis efeitos delas. Supondo que a amplitude das questões trabalhadas nesses grupos tenha impedido tal análise, optamos por realizar mais duas rodadas de grupos focais com trabalhadores e entrevistas individuais com usuários, conforme descreveremos adiante.

Através do Comitê de Pesquisa, convidamos para esse grupo focal dois trabalhadores de cada CAPS da cidade, interessados em tratar do tema trabalho de referência e portadores de alguma formação clínica. Na primeira rodada compareceram 7 profissionais e na segunda 4 deles, sendo que dois CAPS não foram representados em ambas rodadas. Integrantes do Comitê de Pesquisa justificaram que os trabalhadores não encontravam disponibilidade para participar desse novo grupo porque haviam se sobrecarregado com a agenda de grupos da Pesquisa Avaliativa e, somando-se a isso, enfrentavam um excesso de trabalho do CAPS. A qualidade das discussões desse grupo nos

levaram a avaliar que o número reduzido de participantes não se configurou como um problema. Apoiando-nos no que propôs Gondim (2002), entendemos que os participantes presentes tinham vasto conhecimento do assunto tratado e podiam abordá-lo em profundidade, o que corrigia a deficiência numérica.

Na condução da primeira rodada desse grupo procedemos de modo semelhante aos anteriores, mas não entregamos papéis numerados para que as pessoas escrevessem seus nomes, pois o número de participantes era menor e todos já se conheciam. As questões que propusemos para discussão (anexo) diziam respeito exclusivamente ao trabalho de referência e focavam na sua dimensão clínica. Novamente conduzimos de modo a facilitar a interação entre todos e o aprofundamento dos argumentos, reservando espaço para quaisquer associações e transbordamentos do nosso roteiro.

Na segunda rodada agradecemos a presença dos participantes e fizemos a leitura conjunta da narrativa. Três sujeitos não puderam comparecer nessa rodada, em função de motivos pessoais. Após a leitura da narrativa, aqueles que estavam presentes solicitaram apenas pequenas correções na forma da escrita e pediram esclarecimentos acerca do método da pesquisa.

4.1.2 Breve discussão de questões suscitadas pela técnica de Grupos Focais

Conforme discorremos em trabalho publicado acerca da pesquisa avaliativa (Miranda et al, 2008), a técnica do grupo focal, tal como por nós organizada, trouxe algumas questões. Identificamos, por exemplo, que recaímos num viés de pesquisa ao abordar um número menor de usuários e familiares, em relação ao número de trabalhadores que participaram dos grupos²³. Tal viés foi resultado da escolha de fazer um grupo de trabalhadores por CAPS da cidade, prescindindo da homogeneidade por categoria profissional, e um só grupo composto por dois usuários de cada CAPS da cidade, seguido de outro de familiares, com a mesma estrutura de composição e o critério de homogeneidade por categoria (usuário e familiar de usuário).

²³ Como veremos adiante, procuramos corrigir esse viés através da realização de entrevistas individuais com os usuários.

Nesse caso a escolha pelas categorias “usuários dos CAPS da cidade” e “familiares dos CAPS da cidade” trouxe alguns problemas. Diferentemente do que preconiza Wothen et al. (2005) esse tipo de homogeneidade dificultou a interação entre os grupos. Embora todos os participantes estivessem ligados pela consigna “usuários” ou “familiares”, não existia entre eles uma relação de grupalidade ou de pertença a uma gama de problemáticas e questões comuns, o que dificultou a construção de uma discussão coletiva e fez com que partes do grupo se caracterizassem como relatos pessoais, distanciando-se do esperado da técnica de grupos focais e atualizando algumas das dificuldades teorizadas por Gondim (2002), acima enumeradas.

Esse quadro nos mostra que a própria técnica de grupos focais, quando experimentada e refletida, pode trazer algumas questões para o método de pesquisa. Tal como preconiza Gondim (2002), pudemos identificar que o critério de homogeneidade deve ser cuidadosamente analisado com relação ao contexto de sua aplicação. Na nossa pesquisa, avaliamos que a categoria “usuários” ou “familiares de usuários” não homogeneizava os sujeitos. Cada dupla de usuários e familiares presentes no grupo falava do seu CAPS e, inclusive, mostrava estranhamentos frente a várias questões dos CAPS onde não faziam tratamento. Não pudemos verificar que a homogeneidade, nestes casos, produziu a sensação de conforto e a possibilidade de revisão de posicionamentos, conforme Gondim (2002) propõe.

Por outro lado, percebemos que, após as duas rodadas de grupos, esses mesmos sujeitos já haviam constituído alguma relação de grupalidade entre si e apresentavam-se preocupados com questões e problemas genéricos à sua categoria e presentes em todos os serviços. Nesse caso, percebemos que a técnica de grupo focal produziu mais do que as condições para a coleta de dados, pois proporcionou que os usuários e familiares se reconhecessem como uma categoria, descobrissem questões que lhes são comuns e experimentassem um espaço coletivo de reflexão e alguma reivindicação. Ou seja, a homogeneidade, considerada condição para o grupo, acabou por ser produzida no processo. Com isso, nos aproximamos do trabalho de promoção de ambientes que facilitem o desenvolvimento do *empoderamento* dos usuários de saúde mental, defendido por Vasconcellos (2003) e de nosso posicionamento ético político, que prevê que as pesquisas acadêmicas se configurem como produtoras de instrumentos teóricos, práticos e afetivos

para todos aqueles envolvidos, não se restringindo à produção dos acadêmicos (Onocko Campos, 2005a).

É importante, no entanto, observar que a utilização de grupos focais com usuários que possuem problemas emocionais do tipo psicótico carrega consigo outra peculiaridade, pois tais sujeitos, de modo geral, apresentam alguma dificuldade em constituir novos laços sociais ou se inserir numa ordem (ou categoria) comum. Inúmeras experiências de grupos terapêuticos e de trabalho mostram que tal dificuldade não é um impeditivo e pode ser manejada pelo coordenador e pelos próprios participantes do grupo, promovendo o desenvolvimento ou o alargamento das possibilidades de constituição de tais laços (Lima, 2004). Mas, admitimos que, nos grupos com usuários a construção das discussões e, sobretudo, a manutenção do foco nas questões do roteiro se deu de modo diferente dos demais grupos.

Esses grupos permitiram-nos a aproximação de abordagens inéditas de alguns temas e o conhecimento de modos de compreender e avaliar os serviços bastante diferentes daqueles apresentados por gestores e trabalhadores. Ou seja, constituímos com eles discussões interessantes, mas de estrutura diferente daquelas apresentadas pelos demais sujeitos da pesquisa. Nesse sentido, os grupos com usuários e familiares foram mais intensos do que focados ou focais, o que não nos impediu de construir narrativas importantes acerca das avaliações feitas por esses sujeitos. Assim, entendemos que o respeito a uma organização discursiva própria, desenvolvida por esses sujeitos, fora uma outra conquista do percurso metodológico da pesquisa, já que lhes ofereceu um acesso à produção científica (na posição de produtores) sem lhes exigir ou incutir um modo de apresentação que não lhes é próprio.

A manutenção do foco da discussão se apresenta como um tema a ser abordado na totalidade dos grupos. É certo que em todos os grupos com trabalhadores e familiares nos mantivemos focados na discussão do processo de trabalho e atenção desenvolvido pelos CAPS, mantendo-nos coerentes com o que propõe a literatura acerca de grupos focais (Westphal, 1996). Porém, como relatado acima, diante da quantidade e da complexidade das questões que envolvem tal processo de trabalho, os coordenadores conduziram o grupo de modo a permitir movimentos “fora do foco”, constituídos por associações, questionamentos, reposicionamentos e até desabafos dos participantes.

Essas possibilidades de envolvimento produtivo dos sujeitos vai ao encontro ao que Gondim (2002) espera dos grupos homogêneos, como descrevemos acima. No entanto, cumpre-nos esclarecer que a homogeneidade, neste caso, se baseou no local de trabalho e não na categoria profissional. Com isso, conforme a autora observa, corremos o risco de presenciar nos grupos a atualização de relações de poder próprias do ambiente de trabalho, o que, se por um lado oferece uma visão privilegiada do cenário relacional das instituições, por outro pode inibir a exposição de alguns argumentos. De fato, identificamos que, em geral, os técnicos e auxiliares de enfermagem costumavam se expressar menos (tanto no que diz respeito à quantidade, como à ênfase que atribuía às suas idéias). Para corrigir essa questão, a pesquisa avaliativa realizou duas rodadas de grupos de técnicos de enfermagem, mas não os descreveremos aqui, pois eles fogem a nossos propósitos de investigação.

Ao optar pela flexibilidade na condução dos grupos e pela permissão aos “desfocamentos”, nos aproximamos do que Burke (1992), ao estudar as narrativas históricas, propõe como “densificar” a narrativa, de modo que elas possam lidar não só com a seqüência dos acontecimentos e as intenções dos atores, como também com os modos de pensar, argumentar e se posicionar destes. Dessa forma, nossos grupos focais não se constituíram apenas como descritores daquilo que estávamos pesquisando. Eles se dispuseram a “densificar” suas histórias, a sair do plano da descrição e alcançar o plano da ação, debatendo, revendo a si mesmos, criando novas proposições.

Apoiando-nos em teorizações de Winnicott (1975a) acerca das funções da atividade lúdica, entendemos que, nos grupos focais, a interação criada entre nós e os participantes permitiu que não nos mantivéssemos presos na realidade concreta a ser descrita, mas, tampouco alucinássemos, juntos, um sistema de saúde mental inexistente. Ao modo de uma séria e trabalhosa brincadeira, todos estivemos entre a realidade externa e a interioridade emocional do grupo, ou seja, conseguimos estabelecer relações permeáveis à alteridade, mas sem prescindir de nossa espontaneidade.

Esse modo de relação permitiu ao grupo simbolizar as vivências no CAPS, utilizando-se de materiais providos da concretude do dia-a-dia institucional e, ao mesmo tempo, dos modos singulares como tal concretude é sentida e atuada. Conseqüentemente, pudemos compreender como se compõem os processos de trabalho e o tratamento

oferecido, mas o fizemos a partir do entendimento da forma como os agentes envolvidos se posicionam, como percebem e sentem a realidade vivida, como dialogam e lidam com ela. Há que se observar, no entanto, que nesses ditos “espaços potenciais” o foco se mantém na experiência de relação a ser vivida, mas exige trânsito entre os diversos mundos que envolvem tal relação, permitindo assim todos os “desfocamentos” necessários ao trabalho criativo.

Esse tipo de produção, baseada na apreensão que os sujeitos envolvidos fazem do processo pesquisado, e não na expectativa da descoberta de uma realidade pura, vai ao encontro de nossa concepção de ciência (Santos, 1987), o que nos permite salientar a validade da adaptação da técnica de grupos focais. Porém, identificamos que os participantes do grupo fizeram mais do que relatar suas apreensões da realidade, eles agiram, no sentido de apreender uma nova realidade naquele momento, de ampliar as margens de interpretação e de capacidade de análise e avaliação do vivido.

Baseando-nos em Kristeva (2002) poderíamos dizer que os grupos focais tiveram uma ação política, na medida em que deslocaram os participantes do plano do vivido cotidiano, levando-os a protagonizar novas e/ou diferentes observações, análises e perspectivas.

A densidade e a conseqüente ação política construídas nos grupos nos parece estar relacionadas também à escolha que fizemos por não manter apenas um moderador para todos os grupos da pesquisa nem, tampouco, exigir um distanciamento do moderador com a temática discutida. Na mesma direção do que expusemos acerca das reflexões de Gondim (2002), percebemos que a proximidade dos moderadores com os temas abordados nos grupos lhes conferiu uma implicação tal que facilitou o aprofundamento das discussões, mesmo quando as perguntas do roteiro já estavam respondidas. E a multiplicidade de coordenadores possibilitou que as posturas pessoais na condução de grupo fossem discutidas, de forma que cada moderador pudesse se reconhecer e incrementar seu modo de agir através da experiência do colega. Portanto, consideramos que a multiplicidade de moderadores e a implicação dos mesmos foi benéfica no sentido de facilitar a criação de espaços de aprofundamento das discussões, mas também de contribuir com a capacitação ou a formação de pesquisadores.

Sobre essa implicação dos moderadores dos grupos, entendemos que pudemos nos prevenir de possíveis riscos de enviesamento dos resultados, ao colocar a coordenação dos grupos focais em discussão coletiva regularmente no grupo de pesquisa. Nesta, as dificuldades dos moderadores, bem como suas posturas e modos de condução eram colocados em questão e revisados. Nesse sentido, o grupo de pesquisa se mostrou como um espaço de sustentação e análise das práticas de campo.

Acerca da implicação dos moderadores, há que se destacar ainda que, no nosso caso particular, adentrávamos para o grupo com uma história de cinco anos intensamente trabalhados num dos CAPS da rede avaliada. Consequentemente, os profissionais que compunham o grupo eram nossos ex-colegas, com quem já havíamos compartilhado ações e questões. É claro que nos mantivemos na posição de moderador, não enunciando as vivências partilhadas, entretanto, também é necessário admitirmos a possibilidade de que, em alguns momentos, os participantes do grupo tenham se dirigido a nós a partir da posição de ex-colegas de trabalho. A nosso ver, tal posicionamento, quando ocorrido, contribuiu para que os trabalhadores se sentissem mais à vontade nas suas discussões, uma vez que se encontravam entre pares.

4.2 As oficinas de construção de parâmetros e dispositivos avaliativos

Conforme indicamos no início deste texto, após o trabalho com os grupos focais, a Pesquisa Avaliativa realizou 2 rodadas de cinco oficinas para criação de parâmetros e dispositivos avaliativos acerca dos principais temas discutidos nos grupos focais (Furtado, 2008). Uma delas se destinou a discutir temáticas relativas aos Projetos Terapêuticos Individuais, nas quais se incluía o tema do Trabalho de Referência. Participaram dela dois usuários de cada CAPS da cidade, dois familiares, dois trabalhadores, um profissional de uma Unidade Básica de Saúde, um profissional de um Centro de Convivência e Arte e um coordenador de um CAPS. Essa composição fora deliberada a partir de uma oficina de planejamento, realizada anteriormente, em que participaram o grupo de pesquisa *Saúde Coletiva e Saúde Mental: interfaces*, o grupo de pesquisa da UFF, os coordenadores dos CAPS, os apoiadores de Saúde Mental e a coordenadora municipal de Saúde Mental.

Ao realizar tais oficinas, a Pesquisa Avaliativa tinha como objetivo apresentar os resultados do campo de investigação para uma gama maior de atores envolvidos com os CAPS, atores estes que não participaram dos grupos focais, como, por exemplo, profissionais ligados às Unidades Básicas de Saúde, Pronto Atendimento, Centros de Convivência, Serviço de Urgência (SAMU), dentre outros. Além disso, pretendia-se criar um espaço de construção coletiva dos parâmetros e dispositivos avaliativos da atenção nos CAPS, de tal modo que grande parte das pessoas envolvidas nessa atenção estivesse representada e pudesse participar ativamente da elaboração do material avaliativo (Furtado, 2008).

Tal como sugere Vaisberg (2004d) trabalhou-se com a idéia de oficina como dispositivos profícuos para o desenvolvimento compartilhado de um *ofício* que fizesse sentido para os participantes e lhes possibilitasse protagonizar a análise do contexto de que fazem parte. Não se tratou de, simplesmente, cumprir com a tarefa de produção de um material. Organizamos as oficinas de modo que elas privilegiassem a criação coletiva, criação de um material que, além de responder às nossas interrogações de pesquisadores, mediasse um processo de construção de autoria, vivido pelos sujeitos da pesquisa. Desse modo, avaliamos que as oficinas cumpriram com sua função de criação, de produção desejante e não submetida (“assujeitada”) a uma ordem social pré-estabelecida e alienante, conforme protagoniza Rauter (2000).

Levamos para a Oficina de Projeto Terapêutico uma síntese dos núcleos argumentais, ligados a este tema, e apresentados o material a partir de três categorias: problemas, controvérsias e soluções.

Após a leitura dos argumentos, os integrantes da oficina passaram a identificar aqueles de maior relevância. Tal identificação foi necessária para que, na rodada seguinte da oficina, procedessem com a construção dos parâmetros e dispositivos avaliativos. Note-se que, nesse momento, os aspectos discutidos nos grupos focais puderam ser revistos por outros atores (de categorias diferentes, como profissionais de unidades básicas de saúde, mas também usuários, familiares e trabalhadores de CAPS, diversos daqueles que participaram dos grupos focais), o que permitiu uma significativa ampliação da análise do assunto (Alvarez et al., 2007). Ao realizar essa ampliação, os participantes reviam seus processos de trabalho e tratamento, avaliavam-no e propunham mudanças ou formas de manter as

questões em contínua avaliação, a partir de análises que eles mesmos realizariam no seu dia-a-dia.

4.3 As entrevistas

A escolha por realizarmos entrevistas como mais uma forma de construção do material investigado se deu após a realização dos grupos focais com usuários. Nestes, conforme relato acima, observamos que a condição de grupalidade fora criada apenas no segundo encontro, o que, ao nosso ver, trouxe uma menor amplitude de discussões. É certo que poderíamos optar por organizar uma terceira ou quarta rodada de grupos com usuários para alcançar a solidez da construção que desejávamos. No entanto, avaliamos que as discussões edificadas no total dos grupos realizados já nos oferecia um quadro suficientemente denso acerca da função do trabalho de referência, de modo geral, para o tratamento e a organização da assistência dos CAPS. Passou-nos a interessar, então, como o trabalho de referência se localizava na trajetória singular de alguns usuários. Nossas perguntas encaminharam-se em torno das marcas específicas que o referenciar poderia deixar (ou não deixar) nas construções que os usuários poderiam fazer acerca de suas próprias histórias.

A literatura indica que as entrevistas abertas permitem um aprofundamento da temática pesquisada, considerando a singularidade da trajetória de vida do entrevistado e contribuindo para a construção de um conhecimento calcado em vivências íntimas e fundamentais (Moreno, 2006). São definidas como uma “conversa com finalidade”, em que o pesquisador utiliza um roteiro de questões que lhe servem de baliza para encontrar fios relevantes ao aprofundamento do tema investigado. A seqüência dos assuntos tratados é determinada pelos interesses, preocupações e modos de organização próprios ao entrevistado; sendo este entendido como um “exemplar restrito e peculiar de sua cultura e de sua subcultura” (Minayo, 2006, p. 266).

Alguns autores mostram que a escolha por entrevistar usuários dos serviços, embora já valorizada internacionalmente, é ainda é pouco utilizada nas pesquisas acadêmicas acerca da avaliação de serviços e sistemas de saúde. Conseqüentemente, os serviços podem se organizar de modo a manter uma lacuna entre os aspectos prioritários para os usuários e aqueles que os profissionais identificam como importantes para a estruturação

da assistência (Del Barrio et al., 2004). Esperamos que as entrevistas realizadas em nosso trabalho contribuam para incrementar a participação das formulações dos usuários na produção científica e, sobretudo, para a reflexão acerca dos elementos importantes da assistência no CAPS, no que concerne ao trabalho de referência. Mas, para prosseguirmos com essa tentativa de contribuição, faz-se necessário mostrarmos como realizamos as entrevistas e os pilares teóricos sobre os quais assentamos essa parte de nosso trabalho investigativo.

4.3.1 Conceituação e procedimento

Ao realizar as entrevistas tínhamos clareza de que os usuários nos trariam a história que para eles faz sentido, com as ênfases e os recortes necessários ou possíveis diante das conformações do *setting* específico que configuramos. Também prevíamos que as histórias narradas poderiam não estar ainda construídas, apresentando-se em forma de fragmentos sem, necessariamente, conter quaisquer nexos de sentido. Apostamos, então, que ao solicitarmos a narração dessas histórias, poderíamos propiciar a estruturação de um espaço para algum tipo de construção, ao modo de cada entrevistado (Turato, 2000; Vasconcelos, 2005).

É certo que nosso interesse situava-se justamente na produção de sentidos e significados dos usuários, mas para garantir a maior amplitude possível dessa produção, procuramos nos apoiar em algumas indicações da literatura. Tal como sugere Turato (2000), realizamos as entrevistas nos espaços onde os sujeitos se encontram naturalmente: suas casas, seus locais de tratamento ou trabalho. Para convidarmos os usuários a serem entrevistados, fizemos contato com os profissionais do Comitê de Pesquisa em reuniões na Unicamp e por telefone. Após elucidarmos os nossos objetivos e método de pesquisa, pedimos a esses profissionais que nos indicassem dois usuários que se dispusessem a nos ceder uma entrevista acerca de suas histórias de vida. Solicitamos que esses usuários se encontrassem inseridos no CAPS há um ano, pelo menos, e já tivessem experimentado o uso de leito noite em momentos de crise. Dispusemo-nos a realizar as entrevistas no local que parecesse mais conveniente aos entrevistados (suas casas, o CAPS, as oficinas de trabalho, dentre outros que escolhessem).

Tal como sugere Turato (2000), conscientes de que a pesquisa qualitativa se ocupa tanto do processo tanto quanto do produto, estivemos constantemente atentos às nossas posturas e sensações durante as entrevistas. Supusemos que possuíamos condições emocionais para acolher a angústia dos entrevistados, de tal modo que eles pudessem reviver suas histórias e encontrar um modo de contá-los. Mas, nos mantivemos atentos às sensações e emoções despertadas nos encontros, procurando depurá-las e analisá-las junto às orientações do trabalho de doutorado e em psicanálise pessoal. Nesse trabalho de depuração, não deixamos de considerar, é claro, nossas implicações sócio-políticas e teóricas, discutidas nas sessões iniciais deste texto.

Para decidirmos acerca da quantidade de entrevistas a serem feitas, consideramos algumas indicações encontradas na literatura. Segundo Duarte (2002), o número de sujeitos a serem entrevistados, em geral, não pode ser determinado a priori, pois a saturação das entrevistas depende da qualidade e da profundidade das informações oferecidas. As entrevistas devem continuar sendo feitas enquanto estiverem indicando construções originais ou pistas sobre novas perspectivas de análise do objeto de estudo. Nesse sentido, o trabalho de campo pode ser concluído apenas quando é possível identificar algum padrão no quadro das construções simbólicas, das práticas e das visões de mundo dos entrevistados (mesmo que se respeitando a singularidade e as divergências dos depoimentos).

Iniciamos nosso campo de entrevistas solicitando o contato de dois pacientes por CAPS, tendo como premissa a idéia de que, se necessário, poderíamos recorrer a um número maior de sujeitos. Apenas em dois dos CAPS conseguimos entrevistar dois usuários. No restante dos serviços, nos foi disponibilizada, pelos componentes do Comitê de Pesquisa, a possibilidade de apenas uma entrevista. Encontramos certa dificuldade para a indicação dos usuários, junto desses profissionais. Demoraram, em média, cerca de um mês e meio para marcar dia e horário da entrevista, a despeito de nossa insistência através de telefonemas. Em um dos CAPS, após três meses de espera pela marcação, quando chegamos para realizar a entrevista, não encontramos nem a usuária indicada, nem a profissional do Comitê de Pesquisa com quem tínhamos feito um contato no dia anterior.

Ao interrogarmos os componentes do Comitê acerca dessas dificuldades na marcação das entrevistas, tivemos como explicação a correria marcante no dia a dia dos CAPS, alguns graves problemas institucionais inesperados e certo cansaço da equipe com relação à participação em investigações científicas (começamos a solicitar a realização dessas entrevistas um mês depois da conclusão do campo da Pesquisa Avaliativa). De modo geral, os usuários nos receberam bem e pareceram estar bastante dispostos a participar da pesquisa, o que sugere, de todo modo, um bom trabalho de indicação dos integrantes do Comitê. Mais adiante, quando comentaremos as narrativas das entrevistas, apresentaremos nossas impressões mais específicas do contato com cada usuário, bem como o modo explícito com que cada um deles nos recebeu.

Admitimos que, ao solicitar que os profissionais nos indicassem os pacientes a serem entrevistados, estávamos incorrendo num viés, na medida em que tínhamos a oportunidade de ouvir apenas aqueles “escolhidos” por outrem. No entanto, essa estratégia nos pareceu necessária para minimizar as sensações de persecutoriedade das equipes que acabavam de experimentar um processo avaliativo e teriam algumas de suas práticas novamente tomadas como objeto de reflexão.

Para a formulação do roteiro de entrevistas (anexo), seguimos algumas sugestões de Fontanella et al. (2006), para quem as entrevistas semi-dirigidas devem se manter dinâmicas, baseando-se numa espécie de guia temático, que deve servir apenas de roteiro para o encontro. É importante que ela tenha um caráter aberto em seu início, se estruture de modo a respeitar o princípio *da livre associação de idéias* (no sentido freudiano) e não se preste a controlar variáveis emocionais, cognitivas ou comportamentais apresentadas pelos sujeitos. É permitido ao entrevistador retomar aspectos do roteiro que lhe pareçam carecer de maior explicação ou aprofundamento, desde que não interrompa o fluxo associativo do entrevistado nem, tampouco, lhe introduza uma conexão de nexos diferente daquelas que vinham sendo adotadas espontaneamente.

Apoiando-nos numa pesquisa avaliativa desenvolvida por Del Barrio et al. (2004), iniciamos nossas entrevistas pedindo que os usuários nos contassem sobre suas vidas, desde o nascimento até o presente momento. Deixávamos que eles elessem os aspectos que lhes parecessem mais significativos e dessem livre curso à narrativa. Em

alguns casos, precisamos pedir que nos contassem sobre sua infância, vida escolar e afetiva, pois as descrições estavam restritas às histórias de adoecimento e vivência do tratamento. Quando mostravam ter concluído essa parte da narração, introduzíamos questões sobre o tratamento e, mais especificamente, o trabalho de referência. Com isso, tentávamos identificar o lugar que esse trabalho ocupa em relação às diferentes vivências afetivas desses usuários.

Fontanella et al. (2006) sugerem que uma das formas através da qual os pesquisadores podem entrar em contato com o material construído nas entrevistas é através de repetidas audições dos registros em áudio. Estas viabilizam uma recordação mais precisa do contexto afetivo do contato com os usuários. Sobre as transcrições, os autores pontuam que sejam feitas na forma de um texto literário comum, com adaptações ancoradas num equilíbrio entre fidelidade do áudio, compreensão do material e conforto psicológico para a leitura. Desaconselham a manutenção das pronúncias gramaticalmente incorretas, pois estas, em geral, resultam em interpretações pouco produtivas e inapropriadas.

A respeito da transcrição, Vasconcellos (2005) comenta que é necessário construir um caminho situado entre as exigências da norma culta da língua e a necessidade de manter o máximo de fidedignidade à espontaneidade e às emoções expressas na fala. Lembra que a manutenção de marcas de oralidade pode, por um lado, lançar luz às marcas singulares de um dado sujeito, no entanto, há que se tomar cuidado para que ela não desvalorize o texto e seu autor, ou dificulte a compreensão do leitor.

Envolvidos por essas reflexões, optamos por nos aproximar do material escrito, primeiramente, ouvindo várias vezes cada entrevista. Em seguida, assim como o fizemos com relação aos grupos focais, construímos uma narrativa para cada entrevista dos usuários. Estivemos atentos para respeitar todo o material criado pelos usuários, atribuindo a cada fala o sentido que eles próprios estabeleceram. Para tanto, foram-nos úteis a audição exaustiva do áudio e a leitura de anotações que fizemos após as entrevistas (acerca de nossas sensações, de posturas ou comportamentos dos sujeitos, da disposição do ambiente, entre outros elementos).

De modo semelhante ao que pudemos observar com relação aos grupos focais, verificamos que a atmosfera de trabalho criada durante a realização das entrevistas e no

momento das construções narrativas se configurou como aquilo que, em sessões anteriores deste texto, descrevemos como as experiências do espaço potencial (Winnicott, 1975a). No momento das entrevistas experimentamos um tipo de comunicação estruturada a partir da co-habitação de novos mundos, criados pela e na narração dos usuários. Habitamos esses mundos, alicerçados em histórias de vidas. Não estávamos vivendo essas histórias junto dos pacientes nem, tampouco, conhecendo-as em seus dados exteriorizados e objetivados. Estávamos compartilhando de uma criação de sentidos que os usuários faziam a partir do trânsito entre o que lhes pertencia ao campo da experiência emocional e a oportunidade de torná-la pública, de transmiti-la e disponibilizá-la no campo relacional.

Fazemos uma analogia dessa experiência de entrevistas com as reflexões propostas por Safra (2006). Ao tratar da compreensão hermenêutica nas sessões de psicanálise, o autor aposta que é no registro da transicionalidade que a dor do analisando pode se tornar parte da realidade vivida do analista. A atividade lúdica propiciada pelo espaço potencial oferece as condições necessárias para que o analista apreenda o idioma pessoal de seu paciente, ocupando-se do mundo deste e situando-se, momentaneamente, no mesmo horizonte de sentido dele. Esperamos ter conseguido, nas nossas entrevistas, essa apreensão e esse compartilhamento de sentido, de modo que possamos apresentar neste texto o mundo, tal como significado por nossos sujeitos.

Durante a feitura das narrativas, a possibilidade de escutar a nós mesmos e aos usuários em situação de entrevista, criou uma nova atmosfera de trabalho. Envolvidos pelas falas, pudemos transcrevê-las ao modo de uma construção narrativa, afinados com o tom e o fluxo de sentidos articulados pelos sujeitos. Tentamos trilhar o caminho sugerido por Vasconcelos (2005) de modo a respeitar, concomitantemente, as normas da língua escrita e as marcas de singularidade dos sujeitos. Sempre que não nos parecia ocorrer nenhuma perda de sentido, permitimo-nos unir trechos de falas que originalmente estavam distantes, de modo a tornar mais facilmente compreensível o todo das narrativas. A seguir, apresentaremos as tradições teóricas que nos orientaram na elaboração de tais narrativas.

4.4 As narrativas

“Eu queria ainda dizer, para os usuários de saúde mental(...) [que] na verdade, nós somos uma referência da subjetividade humana mais profunda. O mundo de hoje é um mundo em que os fatores irracionais são muito importantes. Então, somos quem vive essa experiência de lidar com o inconsciente, de lidar com a loucura. De minha parte, eu me orgulho dessa experiência (...)” (Freire, 2005, p.80)

Após a realização do campo da pesquisa, escolhemos apresentar as construções feitas pelos sujeitos através de narrativas. Nossa opção, portanto, foi de construir sobre a construção. Conforme relatamos acima, tomamos todo o cuidado para não atribuir às falas, sentidos ou nexos causais que não foram originalmente criados pelos trabalhadores, familiares e usuários. No entanto, entendendo que nos caberia a tarefa de tornar público o que nos foi dito em grupos e entrevistas, optamos fazê-lo ao modo de narrativas. Sobre estas, posteriormente, realizamos as análises (na verdade, novas construções) necessárias à conclusão de nosso trabalho investigativo. Esperamos que os limites da nossa escrita não tenham nos impedido de representar, suficientemente bem, os testemunhos *da subjetividade humana mais profunda*, que os sujeitos da pesquisa generosamente nos ofereceram.

Há complexos estudos sobre narrativas, em diversas áreas de conhecimento. Limitando-nos aos objetivos do presente trabalho, nos restringiremos, a seguir, a apresentar apenas algumas considerações teóricas sobre as quais nos apoiamos para construir nossas narrativas de pesquisa.

Segundo Kristeva (2002), as narrativas exercem para a humanidade uma função, essencial, de extrair os acontecimentos do fluxo contínuo do devir infinito e muni-los de um “quem” e um “quando”, ou seja, capacitá-los à experiência propriamente humana, tornando-os passíveis de serem reconhecidos e vividos. Elas acontecem, necessariamente, num espaço descrito pela autora como um “entre dois”, em que os fatos são transformados em experiências compartilháveis. São, portanto, “a ação mais imediatamente partilhada e, nesse sentido, a mais inicialmente política [e humana]” (ibidem, p., 87, 88). Nesse sentido, para a autora, a vida é especificamente humana desde que possa ser representada por uma narrativa e partilhada com outros homens.

Carvalho (2003) faz apontamentos nessa mesma direção ao defender que, quando os relatos biográficos são tratados como modalidades narrativas, “deixam de ser produções individuais e factuais e evidenciam a interpenetração entre sujeito e história, bem como

entre os acontecimentos e sua reconfiguração na tessitura de vidas narradas” (ibidem, p. 293). Nesse processo, o pesquisador também se torna mais um interlocutor, “integrando o circuito dialógico da produção de conhecimento” (ibidem, p.295), o que atribui à narrativa um caráter de construção compartilhada entre os diversos atores envolvidos na pesquisa.

Nos grupos focais realizados em nosso campo de pesquisa, as discussões foram tensas e carregadas de sentidos e construções. Mas, consideramos que foram as narrativas, mediadas pela nossa leitura e organização textual, que tornaram tais discussões passíveis de compartilhamento com o meio científico, os usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde, bem como com outros interessados. Além disso, ou, antes disso, elas atribuíram aos grupos uma dimensão temporal e uma identidade, coletivamente construídas.

Acerca da temporalidade, Ricoeur (1997) sugere que cabe às narrativas apresentar sua qualidade intensa, o que não significa estabelecer logicidade à experiência humana ou subtraí-la de sua cronologia. É tarefa da narrativa aprofundar os níveis de temporalização, através da escolha intencional da composição de um enredo inteligível. Este, só pode ser narrado porque se encontra inserido no campo da experiência cultural, já estando simbolicamente mediado.

Ao estudar os sonhos, Freud (1900) traz importantes contribuições acerca da temporalidade da experiência humana e sua relação com o trabalho narrativo. O autor propõe que o conteúdo repetido em diferentes vivências do sujeito, ao longo de tempos remotos, é condensado e sonhado a partir da atemporalidade do inconsciente. Nesse contexto, a logicidade e a cronologia se associam, pois a ligação entre todas as partes do pensamento onírico é percebida “pela simultaneidade no tempo” (ibidem, p.340) em que ocorrem, já que não há conexões causais entre os conteúdos. Em um primeiro momento, o conteúdo do sonho causa impacto ao sonhador, mas não costuma lhe fazer sentido. É o trabalho interpretativo que permitirá a criação de uma espécie de enredo do sonho.

Sabemos que tal trabalho é analítico. Entretanto, ao nosso ver, ele também implica num procedimento de construção narrativa, regida pelas associações do paciente. Este, ao ser escutado pelo analista, consegue agenciar o conteúdo sonhado, construindo uma espécie de enredo narrativo que estabelece ligações lógicas entre os diversos pensamentos oníricos. Em estudo posterior, Freud (1937) incrementa essa questão propondo que o analista faça com seus pacientes um trabalho de construção, semelhante àquele feito pelos arqueólogos

que reconstróem uma imagem de um prédio demolido por meio dos restos que encontra em suas escavações.

Essa construção, no caso do analista, diz respeito à tarefa de utilizar os traços deixados pelo paciente para completar aquilo que não foi falado, aproximando-se da função exercida pelos delírios: trazer à realidade rejeitada um elemento “de verdade histórica” (ibidem, p. 286). Embora os sujeitos dos grupos ou das entrevistas não sejam pacientes em tratamento psicanalítico conosco, tomamos emprestadas essas idéias freudianas para a composição das narrativas. Utilizando-nos da metáfora apresentada pelo autor, podemos dizer que trabalhamos no sentido de construir e abrir ao público algumas portas e janelas das casas edificadas por esses sujeitos²⁴.

Nesse sentido, consideramos os usuários construíram uma narrativa ao contar-nos sobre suas vidas e seus tratamentos. Nessa construção criaram um tempo localizado entre as experiências vividas, o presente da relação que conosco estabeleciam e uma espécie de *não tempo* próprio dos momentos em que recordamos e revivemos, aproximando-nos de um tipo de vivência onírica. Para possibilitarmos algum compartilhamento dessa intensa e complexa construção temporal é que realizamos a construção da narrativa escrita.

Ricoeur (1997) nos permite aprofundar essas reflexões ao apontar que a narrativa tem uma função de agenciamento dos fatos, de composição da intriga. Ou seja, torna inteligível aquilo que parecia acidental (Onocko Campos e Furtando, 2008c). Ao narrar suas experiências, o sujeito é impelido a compor alguma relação entre ele, a sociedade e a historicidade, o que lhe permite adentrar por um processo de construção identitária (Carvalho, 2003). Tratando das narrativas históricas, Burke (1992) incrementa a reflexão acerca da construção identitária e propõe “densificar” a narrativa, ou seja, construí-la de modo que possa lidar não só com a seqüência dos acontecimentos e as intenções conscientes dos atores, como também com as instituições e modos de pensar, ou seja, com as múltiplas vozes envolvidas naquilo que é narrado.

²⁴ Sabemos que a base do trabalho proposto pela teoria freudiana se baseia numa espécie de desconstrução do discurso, com vistas à elucidação do desejo que o sustenta. No entanto, não desenvolvemos nosso trabalho de pesquisa nesse sentido, pois interessava-nos apresentar o que trabalhadores e usuários gostariam, conscientemente, de expressar e refletir acerca de seus processos de trabalho e tratamento. Assim, cientes de nossos objetivos, apoiamo-nos em apenas uma parte daquilo que Freud propõe para o trabalho junto do material histórico trazido pelo paciente.

Corin e Gilles (1988) observam que o processo de reinserção social dos pacientes pode ser percebido, principalmente, através de suas maneiras singulares de circularem no espaço social. Nesse sentido, salientam que essa circulação é identificada muito mais como “traços” a serem interpretados, do que como componentes objetivos. Ao construir as narrativas, esperamos ter mediado um processo de agenciamento desses “traços”, de tal modo que os sujeitos, sobretudo os pacientes, tenham conseguido expressar o que avaliam como significativo em seus tratamentos, sem a obrigação de se submeterem a normas de objetivação de suas vivências.

Guimarães e Leal (2006) tratam a narrativa como um dispositivo de mediação da interlocução entre o indivíduo e a sociedade. Assim, ela oferece ao sujeito recursos para lidar com os impactos dos acontecimentos que se configuram, necessariamente, em um contexto relacional. Nessa direção, Lyotard (2006) observa que as narrativas são permeadas por vários jogos de linguagem porque, ao permitirem que o sujeito expresse sua experiência singular, exigem alguma submissão a regras pré-estabelecidas pela cultura.

Alguns autores têm utilizado a construção de narrativas na pesquisa psicanalítica. Eles comentam que, diferentemente do relatório de dados, a narrativa é uma experiência que não pede que o outro se cale ou se pronuncie diante de um erro. Sua potência reside na capacidade de provocar, de levar o leitor a prosseguir com associações e considerações, seja esse leitor os colegas do grupo de pesquisa, a comunidade científica, os sujeitos da pesquisa ou o próprio pesquisador que, modificado pela experiência, já é um outro para si mesmo. Portanto a narrativa é apresentação do vivido, que pode ser pensada e vivida num momento posterior (Vaisberg e Machado, 2005).

As autoras argumentam que essa apresentação do vivido refere-se a um compartilhamento, cuja busca metodológica essencial é o rigor, através da transparência possível²⁵. Nesse sentido, as narrativas não têm por meta transportar o leitor para o acontecimento passado, por via da identificação com quem o viveu. Tal objetivo nos remeteria a concepções acerca de um compartilhamento que não reserva espaços para a alteridade, reduzindo tudo ao mesmo. O que as narrativas buscam é apresentar as

²⁵ Para explicar o uso da expressão “transparência possível”, Vaisberg e Machado (2005) retomam um texto de Winnicott (1983b), em que o autor apresenta a tese de que toda experiência transborda, em algum grau, a capacidade de representação. Além disso, ele propõe que todos os seres-humanos possuem uma área inviolável e incomunicável, marcada por uma vivência de solidão essencial e impossível de compartilhamento com um outro. É para essa área que podemos nos refugiar nos momentos de intenso cansaço afetivo.

construções que o pesquisador pôde fazer da experiência vivida, de tal modo que o leitor, respeitando seu lugar de alteridade, venha a fazer suas associações e novas construções. (Vaisberg e Machado, 2005).

Para os grupos focais, tivemos a oportunidade de apresentar as narrativas construídas e pedir que os participantes as avaliassem e, a partir disso, fizessem novas construções. Em relação às entrevistas, optamos por não apresentar as narrativas após sua elaboração escrita. Os usuários entrevistados, de modo geral, não mostraram interesse num segundo encontro para tal leitura. Vários deles enfatizaram que *assinavam embaixo* do que haviam dito, não sendo necessárias revisões ou mudanças. Pareceu-nos, assim, que procurá-los para a leitura da narrativa, embora pudesse enriquecer nosso trabalho, poderia provocar-lhe um incômodo desnecessário. Outro fator que sustentou essa escolha foi a indicação de alguns autores, segundo os quais, é aconselhável que se faça apenas uma sessão de entrevista com cada sujeito, para não correr o risco de que os entrevistados percam a espontaneidade das respostas (Turato, 2001; Fontanela et al, 2008).

Diante dessas concepções acenou-nos a preocupação de como proceder para transformar transcrições de entrevistas em narrativas. Ao nosso ver, as narrativas não são naturalmente dadas, elas requerem um trabalho de construção, em que o pesquisador se coloca como um interlocutor que possui certa capacidade que Onocko Campos e Furtado (2008b) chamaram de “olhar narrativizante”. Respeitando as diferenças essenciais entre o trabalho terapêutico e a investigação científica, entendemos que a pretensão de apreender os significados que os pacientes atribuem a suas experiências requer a conformação de um campo de comunicação profunda (Fontanella et al., 2008). Este pode ser conformado como um espaço transicional (Winnicott, 1971a), propício para a expressão do “idioma pessoal” (Safra, 2006).

Consideramos que, ao construir e habitar tal espaço com nossos entrevistados, pudemos desenvolver um “olhar narrativizante”, análogo às proposições de Winnicott (1975c). Para o autor, o olhar da mãe, que se encontra adaptada ao seu filho, tem a capacidade de refletir a imagem do bebê e atestar-lhe uma existência, que é, desde o início, social:

O que o bebê vê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que, normalmente, o que o bebê vê é ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando o bebê e *aquilo com que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali [...]* (Winnicott, 1975c, p. 154, grifos do autor)

Colocando-nos numa posição de disponibilidade, em que estávamos genuinamente presentes na relação e adaptadas ao entrevistado, sentimo-nos capazes de desenvolver um olhar que o refletisse, que narrasse aquele fluxo de idéias, descrições de acontecimentos e afetos apresentados nas entrevistas.

É necessário reconhecermos que esse processo se baseou no nosso “olhar narrativizante” e não numa tradução pretensamente realística do sujeito entrevistado. Ou seja, tal como propõem Vaisberg e Machado (2005), a construção de narrativas das entrevistas foi fruto de um processo relacional que tentou se configurar na criação de um espaço transicional, permeável às (re)vivências e conectado ao seu contexto social de produção.

Ao proceder essas construções narrativas, tomando o cuidado de seguir o fluxo de associações dos entrevistados, pudemos produzir um agenciamento dos fatos descritos, atribuindo-lhes a identidade e a localização temporal, conforme sugerem Kristeva (2002) e Ricoeur (1997). Ao narrar a avaliação que os pacientes fazem do tratamento e o posicionamento ético que disso resulta, conformamos um espaço político em nossa prática de pesquisa. Note-se que atribuímos ênfase ao trabalho de co-construção do material empírico, em que a narrativa não se faz numa perspectiva fenomenológica, não sendo, portanto, fruto de uma transposição, supostamente objetiva do leitor ao acontecimento passado, o que negaria quaisquer espaços para a alteridade (Vaisberg, 2004b). Trata-se de uma co-construção delimitada por um posicionamento do pesquisador que não se pretende neutro, mas compromissado em adaptar-se ao “idioma pessoal” (Safra, 2006) do entrevistado, desenvolvendo junto dele o “olhar narrativizante”, que Onockco Campos e Furtado (2008b) propõem.

Na segunda parte deste trabalho, ao longo de três capítulos, apresentaremos as narrativas de todas as entrevistas realizadas, bem como do grupo que fizemos para tratar exclusivamente do trabalho de referência. Em relação aos outros grupos focais e às oficinas, retomaremos todas as discussões que versaram sobre o nosso tema de estudo,

transcrevendo alguns trechos das falas dos sujeitos, ou resumindo o conteúdo discutido. No entanto, optamos por não apresentar as narrativas desses grupos e oficinas porque elas contêm muitas discussões de temas que extrapolam nossos objetivos, o que poderia tornar o presente texto excessivamente cansativo.

PARTE II: Diálogos entre o material empírico e algumas tradições teóricas

5. TRABALHO DE REFERÊNCIA: UM CAMPO DE GESTÃO DA CLÍNICA

Neste capítulo abordaremos diversos temas relacionados à organização do trabalho de referência em suas diferentes modelagens. Para tanto, apresentaremos três narrativas que ilustram tal temática e discutem a eficácia e os problemas envolvidos com o arranjo em questão. São elas: narrativa do grupo que tratou exclusivamente do trabalho de referência, narrativa da entrevista feita com Joana²⁶, usuária de um CAPS, e narrativa da entrevista feita com Clara²⁷, também usuária de um CAPS.

Em seguida, com base em trechos dos grupos focais de trabalhadores, usuários e familiares que participaram da Pesquisa Avaliativa, apresentaremos discussões sobre a organização do trabalho de referência, seus diferentes efeitos para o tratamento dos usuários e o cotidiano institucional, seus riscos relacionados a questões como controle e tutela, bem como as tensões que a ele estão envolvidas, no que se concerne à prática assistencial. Concluída essa apresentação, relacionaremos as reflexões dos diversos atores envolvidos nos grupos com as narrativas já apresentadas, bem como com trechos de narrativas de outros pacientes entrevistados e com alguns parâmetros e dispositivos avaliativos elaborados pelos sujeitos da pesquisa.

Em seguida, passaremos à discussão desse material, à luz de nossas tradições teóricas, esperando elaborar um quadro reflexivo acerca de algumas das vantagens, desvantagens e paradoxos envolvidos com o arranjo de referência. Tal quadro deverá retratar o modo como esse trabalho pode contribuir com uma organização de serviço adaptada às necessidades subjetivas de seus usuários, sendo um campo de intersecção entre clínica e gestão. Note-se que, na discussão, retomaremos algumas das tradições teóricas apresentadas no início deste texto, bem como as narrativas, pois nos interessa fazer um esforço hermenêutico de rever as construções, com vistas a ampliar e aprofundar a compreensão do material em estudo.

²⁶ Nome fictício

²⁷ Idem.

5.1 Narrativa do grupo feito com profissionais dos CAPS para tratar do trabalho de referência

Existe um modelo, mas, a partir do estilo da clínica, cada equipe desenvolve um modo de operar em torno da idéia de referência. Alguns de nós viemos de uma tradição de nove anos de trabalho com *equipe de referência*. Começamos quando ainda éramos *Hospital Dia*²⁸ e desenvolvemos esse tipo de organização através de uma construção da equipe, sem que tenha havido qualquer imposição. Compusemos o modelo de acordo com aquilo que fazia sentido na clínica que desenvolvíamos, priorizamos a discussão centrada no PTI, usuário-centrada. É uma forma de trabalho que estamos constantemente aprovando. Não é à toa que não a abandonamos e que outras equipes a vêm adotando.

A equipe de referência parece-nos um arranjo necessário à qualificação da assistência e ao trabalho com a psicose, com os transtornos graves como aqueles que cuidamos. Há elementos da teoria psicanalítica que indicam a validade desse modo de operar, como o tipo de transferência que ocorre na psicose e o efeito de diluição do saber. Nesse sentido, a organização em equipes de referência permite que evitemos a transferência maciça e a persecutoriedade, pois propicia um trabalho feito por vários profissionais e vários discursos. Além disso, possibilita que compartilhem as dificuldades e não tornemos a clínica mais solitária do que, por definição, ela já o é. Também alivia o sofrimento próprio dos trabalhadores de Saúde Mental, que, como disse Lacan, *suportam a miséria do mundo*.

Sabemos que esse modo de nos organizar não é consensual. Em serviços de outras cidades ninguém trabalha com equipe de referência e sequer sabe do que se trata. Além disso, a idéia de referência não é própria da Saúde Mental. Ela se originou na Saúde Pública, que trouxe o discurso da necessidade da responsabilização, do acompanhamento do caso como um todo, do conhecimento da história global de vida do usuário. O PSF a utiliza bastante. Para o contexto do C.²⁹, vale lembrar que, no início, as supervisões eram

²⁸ Antiga unidade de um Serviço de Saúde. Atendia usuários de Saúde Mental em regime diário, das 8:00hs às 17:00hs, com uma organização próxima àquela que atualmente se preconiza aos CAPS.

²⁹ Serviço de Saúde. Ong que trabalha num esquema de co-gestão com a Secretaria de Saúde da cidade de Campinas, responsabilizando-se diretamente pelo gerenciamento de três dos CAPS da rede de CAPSIII da

dadas pelos sanitaristas e o modelo adotado na cidade de Santos exercia uma influência importante. Conseqüentemente, o trabalho de referência se organizava em torno da preocupação em acompanhar a história do paciente inteira e não fragmentada. Nessa tradição, o trabalho de referência se colocou como uma forma de garantir os princípios do SUS, a integralidade. Mas, na Saúde Mental, fazemos diferente, pois nos orientamos pela clínica da psicose, uma clínica feita por muitos.

Em alguns serviços trabalhamos com trios de referência, formados por um técnico universitário e dois técnicos de enfermagem. Cada três trios compõem uma equipe de referência, da qual participa também um médico, responsável pelo tratamento de todos os usuários dessa equipe. É o paciente que escolhe o referência, seja este o médico, ou o técnico de enfermagem. Avaliamos que esse modo de nos organizar ajudou bastante a dividir o trabalho de acompanhamento do usuário e as tarefas burocráticas.

Nós concordamos que é importante não centralizar o tratamento numa só pessoa, porque fazendo isso você está chamando o usuário para uma transferência maciça. Porém, se pensamos na psicose como desagregação, como deriva, identificamos o referência, no mar de intensidade de um CAPS, como um ponto mínimo de amarra para o tratamento, uma referência, como o próprio nome diz. Concordamos que não deve ser um ponto único, mas, nesse contexto, avaliamos que é necessário um referência individual. Percebendo a Saúde Mental como um campo móvel, volátil, entendemos que o trabalho de referência deve permanecer oscilando entre a centralização, um ponto de referência, e algo diluído, que evita a transferência maciça. Por isso, em alguns CAPS, trabalhamos com um modelo que podemos chamar de misto: temos técnicos de referência responsáveis por seus casos, mas inseridos numa equipe de referência.

Nós que trabalhamos nesse modelo, dito misto, percebemos que, às vezes, a figura do referência individual acaba por cair num esquecimento, mas este só pôde acontecer porque houve uma vivência dual inicial. Mas, há também alguns, entre nós, que temos a equipe de referência como espaço para compartilhamento de decisões e discussão do caso, mas o referenciamento não é diluído.

cidade, além de outras unidades de saúde mental, tais como centros de convivência e oficinas de geração de renda.

Nós, que trabalhamos hegemonicamente com equipe de referência, também reconhecemos que os usuários, geralmente, têm um ou dois profissionais de quem são mais próximos. Se participam de grupo de referência com toda a equipe, ou se têm atendimento individual, depende do PTI, é uma questão de cada caso. Mas conseguimos que o referência seja sempre escolhido pelo usuário (embora em geral permaneça aquele que fez a triagem, pode haver trocas, se assim se fizer necessário para o caso) e as tomadas de decisão são sempre remetidas para o coletivo. Geralmente é bastante coletivo. Entendemos que assim é possível evitarmos a herotomania e a persecutoriedade. Além disso, as equipes de referência proporcionam para os usuários uma sensação de pertencimento e tranquilidade. Contando com a possibilidade de se reunirem, de se encontrarem com os usuários, passam a sentir e dizer *ah eu sou dessa ou daquela equipe*. Quando um técnico não está no serviço, o usuário pode procurar pelo outro profissional da sua equipe de referência.

Todos concordamos que a orientação clínica nos indica se devemos nos colocar num caso de um modo mais centrado ou mais diluído. Na esquizofrenia, mais embotada, mais autística, por exemplo, é necessário alguém encarnando uma figura central. Mas, num caso mais estruturado, mais paranóico, essa centralização não é indicada. Então a função de referência se modela a partir do que cada caso necessita. Para cada caso e, cada momento de cada caso, se constrói um modo de se colocar como referência.

Notamos, porém, que cabe ao profissional de referência várias funções burocráticas, funções que devem encontrar-se associadas ao sentido da clínica, mas que, muitas vezes, dela se dissociam. Já ocorreu de a obrigação burocrática nos alertar para a necessidade de maior aproximação de um caso. No entanto, alguns de nós também percebemos que a burocracia nos toma um tempo e um espaço que preferiríamos dedicar à clínica.

Outra questão que identificamos diz respeito a lugares complicados que o referência pode ocupar na equipe, quando sua função não se encontra integrada à clínica, ou não é assim respeitada. Em alguns serviços a equipe chama o referência para lugares que não são clínicos, solicitando que ele resolva quaisquer problemas que envolvem o paciente, como a decisão de não tomar remédio ou a carência de recursos de sobrevivência econômica e social. É como se dissessem ao referência: *Toma que o filho é seu*. Ocorre, inclusive, de esperarem que o referência dê uma bronca no seu paciente. Por isso, o lugar de referência precisa ser constantemente manejado.

É comum que a equipe deposite no referencial tudo aquilo que é difícil para ela lidar coletivamente. Nós mesmos, quando estamos sobrecarregados e somos chamados para prestar algum cuidado a um paciente qualquer, tendemos a remetê-lo ao seu referencial. Também os usuários, às vezes, cobram atitudes burocratizadas ou padronizadas do seu referencial. E os familiares, tendem a transferir a função materna (com seus excessos) para o referencial que, muitas vezes, a assume e toma o paciente que acompanha como *seu*. Costuma dizer: ele é *meu*, ou da *minha* referência. É sempre necessário darmos a esse dispositivo institucional um sentido clínico.

Cabe ao referencial lugares muito diferentes daqueles que, em geral, ocupa o analista (embora, muitas vezes ambas funções se associem). Ele tem funções de ordem prática e de comunicação com a família. Alguns de nós entendemos que a função de secretariado do alienado, proposta por Lacan, guarda grandes coincidências com o trabalho de referência. O dispositivo de referência pode ser interessante para fundar o Outro, dar um lugar.

Alguns de nós fazemos uma leitura da função do referencial a partir da teoria winnicottiana. Entendemos que a figura do referencial ocupa diversas funções, conforme o caso, mas ela possui um viés privilegiado da clínica que se faz no manejo do cotidiano. Para Winnicott, é necessário viver uma coisa antes de simbolizá-la. Então, as atividades práticas privilegiam essa clínica que você faz no concreto. Poderíamos fazer um paralelo com essa idéia de fundar o outro através do conceito de objeto subjetivo: ser algo que, de certa forma, o paciente cria e que depois poderá se tornar externo a ele. Poder responder a esse lugar da onipotência para o paciente. Com o tempo, na medida do que lhe é suportável, ele vai se separando de nós. Há outros casos para quem o referencial já é externo e existe uma tentativa do paciente de testar se isso é real. Trata-se de uma experiência na linha da agressão; é necessário que o referencial até confronte mesmo, para que possa ser sentido pelo paciente como real. Se você é agredido ou confrontado e não responde, é como se você fosse um fantasma. Portanto, o referencial tem um lugar privilegiado para exercer essas funções feitas no manejo do cotidiano. Assim, o referencial tem um lugar clínico que também pode ser prático.

Há entre nós quem lembre que nem tudo é clínica e, tampouco, clínica psicanalítica. É possível pensar o trabalho de referenciar a partir de outras categorias, como o vínculo ou a confiança. De todo modo, nos é consensual que a vivência do cotidiano, ainda que não

tenha tal pretensão, acaba por ser terapêutica. Tomar um café, ou varrer um chão, pode ser terapêutico.

Independentemente da concepção teórica que adotemos, concordamos que a equipe ou o profissional de referência vão responder pelo tratamento do ponto de vista prático, vão gerenciar mesmo. É o referência que preenche APAC, que indica um internação... Mas, cada profissional escolhe se prefere responsabilizar-se apenas pelas questões práticas, sendo puramente burocrático, ou se pretende oferecer um contorno clínico para suas condutas.

Um problema que nos parece ocorrer, muitas vezes, é a tendência da equipe a achar que o referência deve dar conta da vida toda do sujeito. Nessas ocasiões, o referência é mesmo chamado a resolver diversos problemas. Trabalhamos com uma população miserável que, freqüentemente, não tem o que comer ou onde morar e o *super referência* é chamado para resolver esse tipo de situação. Trata-se de algo que ultrapassa a clínica, é assistencial. Mas, é comum assumirmos algumas demandas, porque temos a tendência de transformar tudo em sofrimento psíquico.

Outra questão é o número de pacientes que referenciamos. Uma coisa é você ter dez pacientes para referenciar, outra é ter trinta e cinco, entre os quais, há aqueles que não possuem água para beber. Isso incomoda muito. Como é possível associar a função clínica com a super população que temos atendido? Esse trabalho social nos retira a condição para fazer o cálculo clínico. Percebemos como extremamente problemático o fato de não haver limites para o número de pacientes que cada profissional pode referenciar. A cada dia esse número vai aumentando mais. Na medida do possível, damos altas mas, constantemente, chegam novos usuários.

De todo modo, entendemos que o caso não é só social, é clínico e social. A equipe de referência é um lugar privilegiado para construir o caso, sendo o paciente o operador dessa construção. Este, tem um lugar mais discreto, de acompanhar essa auto-construção, que se associa com a noção freudiana de delírio como tentativa de cura. Também é função do referência lembrar que existe um caso clínico além do social. É necessário sairmos da lógica da demanda, de oferecer tudo o que o paciente diz precisar; oferecer passe, trabalho e, conseqüentemente, entrar num funcionamento onipotente. Se cometemos esse erro, o

trabalho de referência se transforma em protocolo e as sensações de impotência nos abatem rapidamente.

Na Atenção Psicossocial, com o fim dos hospícios, não podemos mais nos proteger atrás dos protocolos. E isso é angustiante, pois você precisa lidar com as diferenças, tratar daquele que não se submete ao padrão social, que não quer ter benefício, por exemplo.

Percebemos que, muitas vezes, cabe ao referência suprir tudo porque não conseguimos formar redes. Não dá para o paciente fazer rede se não possui, ao menos, certidão de nascimento. Avaliamos que o trabalho de referência deveria estar sintonizado ao PSF, mas este, em Campinas, de modo geral, não funciona. As parcerias com o CS ainda não são adequadas, pois os profissionais da atenção básica não compreendem as necessidades de um paciente da saúde mental ou não têm recursos para lidar com elas. Quando solicitamos um acompanhamento através de visitas a uma casa, por exemplo, os agentes de saúde vão uma ou duas vezes, como se estivessem tratando de uma verminose que, após um tempo de tratamento, tem uma cura. Identificamos que há exceções, que esses serviços também estão sobrecarregados, mas não nos sentimos parceiros de uma rede. Alguns de nós, porém, advertimos que é necessário construir esse trabalho conjunto. Experimentamos que o fórum intersetorial dos distritos é um bom espaço para tal construção.

Nesse contexto, o CAPS é chamado para oferecer uma resposta social, antes dada pelo manicômio. Tudo o que não apresenta resposta e incomoda é mandado para o CAPS. Não há um trabalho conjunto com a assistência social e a cultura. Não existem políticas públicas que promovam a intersectorialidade necessária ao projeto do CAPS. Projeto que hoje se sustenta pelo sangue do trabalhador, se não nos desdobrarmos, ele não vinga. E, é claro, isso sobrecarrega o referência que, com a tendência de achar que tudo é mental, também toma essas demandas para ele. Essa realidade nos remete a outra faceta do referenciamento: o próprio CAPS é um serviço de referência. As questões macro reverberam no micro. Há uma transversalidade nessas esferas. O que recai como sobra do social para o CAPS, enquanto serviço macro, acaba por atingir o profissional de referência, no micro.

Outro problema do trabalho de referência é a fundamentação excessivamente ideológica que alguns colegas de outros serviços imprimem ao trabalho da Saúde Mental.

Sentimos essa dificuldade, sobretudo, na relação do SAMU que, muitas vezes, não respeita nossos posicionamentos clínicos e os critérios que construímos através do acompanhamento do caso porque, a priori, é contra a internação. Consideramos, ainda, que essa ideologia *não ao manicômio*, impede que os profissionais possam não saber, ou falhar. Mas, ao mesmo tempo, alguns de nós advertimos que essas questões localizam-se em certas pessoas e não no serviço do SAMU como um todo.

Tudo isso leva alguns de nós a questionar se o modo de organização do contemporâneo facilita ou dificulta o tratamento da psicose. Percebemos pacientes se estabilizar em redes, das quais discordamos, como a de usuários de drogas. Então, nos perguntamos: a estrutura social da atualidade facilita ou dificulta o trabalho de referência? A sociedade pode ser referência de um psicótico? Em que medida aquilo que é mais frouxo, tal como a desarticulação social, ajuda ou atrapalha?

Concluimos afirmando que a idéia de ser responsável pela condução do tratamento de um paciente nos incomoda se formos o único a responder por isso, o que, em geral, não acontece. Por outro lado, essa responsabilização é parte do nosso trabalho e aprendemos a lidar com ela, nos preparamos para isso, criamos dispositivos. Existe uma solidão e uma responsabilidade, próprias da clínica, que são tensas mesmo. Tanto é que, se o paciente se suicida, logo o referência é chamado para responder pelo que aconteceu. Mas, sabemos que, fundamentalmente, todos somos solitários; existe em cada um de nós um núcleo que é incomunicável.

5.2 Narrativa da entrevista feita com Joana

Hoje³⁰ em dia estou melhor. Antes eu tinha muita mágoa, devido a muitos problemas. Ex-marido com ex-cunhada. Graças ao tratamento daqui, junto à igreja, me sinto melhor, graças a deus. Divorciei-me e meu marido está com a minha ex-cunhada. Mas eu já perdoei, estou melhorando. Achei o lugar certo de tratamento. Antes minha vida era ir para um lugar e para outro, quando me dava a crise. Minha família ia para a P³¹ e para

³⁰ A entrevista de Joana fora feita no CAPS onde ela se trata. Esse CAPS organiza seu trabalho de referência segundo o modelo de duplas de referência, compostos por um profissional de nível universitário e outro de nível médio. Cada três duplas são acompanhadas por um médico e se reúnem numa equipe de referência.

³¹ Hospital Geral que possui uma ala psiquiátrica.

outros lugares. Não agüentava mais aquele sofrimento. Comecei a ter crises em 1989, quando tinha 34 anos. Tenho crise quando esqueço de tomar meus remédios. Então, falei para o meu filho que, sempre que ele me visse passando mal, que fosse correndo no posto³² para buscar meus medicamentos. Lá iriam orientá-lo sobre o que fazer comigo. Não precisa correr comigo pra lá e pra cá. Meu histórico está lá, então, os profissionais vão tomar providência. E tomaram. Fui para outro CAPS e depois vim para cá. Depois disso, não tive mais crise, não precisei ir para outro lugar. Aqui o tratamento é tão bom, que eu mesmo percebo quando não estou bem e já corro para cá.

Tenho um filho de 29 anos. É um amor de menino, uma benção de filho. Meu pai morreu um mês antes do natal. Agora minha mãe está com câncer. Vai tirar a bexiga. Então, Deus está me dando força. Fiquei um tempo cuidando dela, mas percebi que não agüento. Ela foi para a casa da minha irmã e eu estou aqui novamente. Voltei ontem para cuidar de mim, porque não estou bem.

Eu nasci em São Paulo. Passei minha infância lá. Quando estava moça, fui para o interior e depois vim para cá. Como o casamento não deu certo, me divorciei. Meu marido ficou com a minha cunhada e fiquei sozinha, com a casa. É simplesinha, foi um sacrifício para reformar. Meu filho me ajuda no que ele pode.

Minha infância foi muito triste. Tenho pouca lembrança, mas sei que o meu pai era muito ruim. Ele bebia e batia muito na gente. Quando casei, não tive sorte. Meu cunhado, irmão do meu marido, bebia e aprontava também. Foi muito sofrimento. Agora estou mais conformada. É só não esquecer de tomar o medicamento. E, vou voltar a ter as minhas atividades aqui. Eu pintava os quadros, gostava. Através do CAPS, fui parar no Tear³³, onde aprendi muitas coisas. O J.B. me ajudou a fazer uma exposição de quadros lá. Então, sou muito grata ao CAPS e a todos os funcionários. Agradeço muito por tudo o que o Dr. R. fez por mim. Infelizmente, ele foi embora. Eu gostava muito dele. Foi ele quem me ensinou a pintar o primeiro quadro. Sou artista plástica, estou pelejando.

Dei uma parada de pintar porque meu pai e minha mãe ficaram muito doentes. Vou voltar a fazer. Quero aprender a pintar umas garrafas, em barroco. Vou fazer umas coisas novas para apresentar em exposições. Senti por não poder ficar com a minha mãe, mas vi

³² Unidade Básica de Saúde da região onde ela mora.

³³ Centro de Convivência que possui algumas oficinas de trabalho remunerado.

que não consigo. Pensei que iria dar conta. Fiz o que pude, mas é muita coisa para mim. Minha irmã está cuidando dela e eu vou tomar conta da minha casa e da minha vida. Não estou precisando dormir no CAPS, estou conseguindo ir para casa. Venho aqui todos os dias, menos em quinta, sábado e domingo. Quando minha mãe fizer a cirurgia, acho que não vou ficar todos os dias no hospital, porque preciso de descanso. Essa correria toda cansou muito a minha cabeça.

No meu tratamento eu tenho direito e liberdade para sair. É uma coisa muito gratificante. Aqueles que têm condições podem sair, ir numa igreja, num Tear para praticar uma atividade. Os funcionários dão todo o apoio, toda a liberdade pra gente. Amei muito isso, sou grata. Eu não posso ficar muito presa, porque me faz mal. Aqui não é trancado. Só fica trancado, quando as pessoas estão em crise. Mas, deixam que quem está bem saia. Acho isso muito bonito. É o que eu queria para mim. Se eu falo que vou sair mais cedo, porque tenho um compromisso, eu posso. Quer dizer que não fica aquela prisão. A d. C., gerente, é uma mãe para nós. Amo todos os funcionários. Tenho carinho e respeito pelos pacientes também. É uma família para mim.

Todos os funcionários me tratam bem. Gosto mais de uns do que de outros; é uma questão de gênio, uns são de um jeito, outros são de outro jeito. De qualquer forma, não tenho o que reclamar do modo como sou tratada. Faço atividades aqui, mas nesses dias estou desanimada, muito estressada. Preciso voltar as coisas no lugar, descansar...

A T. é minha referência aqui. Ela sempre foi ótima. Eu é que estive distante uns tempos, para ficar com os meus pais. A T. me orienta, conversa comigo sobre tudo o que eu preciso. Ela me escuta. Como se fosse um confessor. Só de conversar, já me sinto melhor. Não é aquele tipo de psicóloga de antigamente, que só ficava olhando enquanto a gente falava, não respondia nada, não dizia o que achava. A gente precisa de alguém que orienta, como a T. faz. Mesmo que não seja o que queremos, a conversa já dá uma ajuda espiritual. É como uma amiga que pode ouvir e responder, dar um conselho. Às vezes eu me sinto sozinha e sei que meus familiares não são as pessoas certas para eu conversar. Então, falo com a T. Eu não gosto de conversa em público, gosto de conversar em particular. Nunca gostei de equipe. Não gosto de conversar em grupo, com todo mundo junto, porque a vida da gente passa a ser um livro aberto. Todo mundo fica sabendo a história de um e de outro. Aqui tem grupo de referência, mas tenho faltado. Não gosto de

conversar em público. Na ausência da T., converso com a E. ou com outros. Todos são bons. Mas, a T. é a do dia a dia, é a mais indicada para conversar.

Antes de ter as crises, eu fui cabeleireira. Parei e dei as coisas do salão para o CAPS. Depois de muito tempo, descobri que minhas crises são genéticas. Eu não sabia o que eu tinha, não tomava medicamento, brigava com o marido. Na P³⁴. disseram que é uma doença de nascença. Eu sempre fui uma pessoa diferente dos meus irmãos, e sempre fui vista com diferença. Minha família me achava esquisita, mas inteligente, pois tudo o que eu queria aprender, eu conseguia. Quando estou em crise, fico nervosa, brigo e me sinto confusa, não consigo arrumar a casa, nem fazer comida. Fica tudo bagunçado, não sei explicar bem o que se passa.

Voltando ao assunto da referência, posso explicar que ela procura entender os problemas psíquicos e familiares. Ela até sabe a hora que é para parar, que é para correr para cá. Ela acode a gente. Consegue fazer isso através da conversa e da atenção que nos dá. É igual ao médico: só de olhar para o paciente, já sabe se ele está bem ou não. Não sei se todas as referências conseguem isso, mas a minha consegue. Isso é uma coisa gratificante. Às vezes nem eu mesma estou percebendo, mas a T., ao conversar comigo, já percebe. O Dr. também.

Nos outros lugares onde eu me tratei, não havia referência, mas havia atividades para fazer. Eu não gostava. Achava que estava indo amarrada, com camisa de força. Em último caso, se não tem vaga no CAPS, tem que ir para esses hospitais. Faz diferença ter referência no tratamento, pois com ela, a gente sente que tem uma amiga ao lado. Acho que não daria para ter um CAPS sem referência, nós precisamos dela. Minha referência é T.O. Eu gosto muito de todas as pessoas daqui, inclusive das faxineiras. Acho que temos que tratar bem todas as pessoas, porque precisamos delas. Acho que elas também precisam da gente. Ninguém faz nada sozinho.

Observações sobre a entrevista de Joana.

O contato com Joana se deu em meio a alguns problemas. Eu havia combinado com uma profissional do CAPS a entrevista com outra usuária. Ao chegar no CAPS, no horário

³⁴ Hospital geral que possui uma ala psiquiátrica.

estabelecido por essa profissional, não a encontrei. A paciente que eu entrevistaria também não estava. Uma outra profissional disse que poderia me indicar um paciente a ser entrevistado. E, procurou por Joana, explicando a situação e pedindo que ela colaborasse. Joana entrou na sala dizendo que poderia me ajudar com a pesquisa e pedindo explicações do que se tratava. Disse estar disposta, embora muito cansada. Fiquei um pouco constrangida, com a sensação de que Joana fora *pega de surpresa*. Essa sensação perdurou durante a entrevista, quando eu percebia que ela realmente estava num estado de exaustão emocional. Atribuo a esse estado o fato de ela ter falado pouco sobre sua vida e seus sentimentos. Além disso, Joana me pareceu um pouco assustada e desconfiada. Teve dificuldade em me deixar explicar os objetivos da pesquisa e pedir o consentimento para a gravação. Falava insistentemente que sua referência é ótima e que era isso o que tinha a dizer.

Começou a falar antes de eu ligar o gravador e quis logo assinar os papéis, não dando atenção para o que eu estava lendo. Parecia bastante ansiosa. Contou superficialmente sobre algumas partes da sua vida. Quando eu perguntei diretamente sobre a infância, ou as primeiras crises, desviou do assunto para elogiar o tratamento do CAPS. Falava rápido, olhando para baixo. Não pareceu se sentir confortável com a situação.

Terminou a entrevista rapidamente (após 25min), dizendo que era aquilo que tinha a dizer. Depois, afirmou repetidas vezes que esperava ter me ajudado e desabafou que estava muito cansada, esgotada, por isso não conseguia falar mais. Sua aparência física realmente demonstrava esse cansaço.

5.3 Narrativa da entrevista feita com Clara

Eu³⁵ não me importo que as pessoas saibam que fui eu quem falei as coisas que vou falar, porque o que eu falo, eu assumo mesmo. Só não gostei desse nome *sujeito* (sujeito de pesquisa - escrito no termo de consentimento), pois o pessoal chama de sujeito quem é mal caráter, faz coisa desonesta. Sou uma pessoa boa, certa. Não quero ser chamada de sujeito.

³⁵ A entrevista de Clara foi feita no CAPS, onde ela se trata. Esse CAPS organiza seu trabalho de referência segundo o modelo de equipes de referência enquanto uma unidade de acompanhamento do paciente.

Eu sofri muito na vida. Pelejo com essa doença, essa depressão, desde os nove anos de idade. Não pude nem ir na escola por causa disso. Sempre tomei remédio psiquiátrico, sempre sofri muito. Hoje moro sozinha, sou independente, graças ao CAPS. Não gosto de falar dos meus pais, nem do meu passado. Toda a minha vida foi um grande sofrimento. Apenas agora é que estou mais sossegada. Não gosto de ficar lembrando das coisas ruins que passaram.

O que me ajuda no CAPS são as conversas e a compreensão. Lá fora me dizem: você tem que fazer isso, tem que fazer aquilo e eu fico mais nervosa. Aqui não. Minha psicóloga e minha psiquiatra, que são da minha referência, me entendem, me escutam, não ficam falando para eu fazer nada. Assim consigo me acalmar. Aqui eu me distraio, converso com meus amigos, isso ajuda na doença. Meus amigos verdadeiros estão aqui, não confio nas pessoas da rua não. Outra coisa que me ajuda muito é quando posso ser útil. Eu sou do Conselho Local de Saúde. Então, tenho que ajudar o CAPS, isso é bom. Eu vejo que ainda posso ser importante. Sinto-me gente e não um bicho irracional. Ontem fui levar uma amiga no dentista. Ela estava sofrendo, com dor de dente. E eu a ajudei. Foi bom para ela e para mim também.

Eu não tenho um relacionamento especial com ninguém daqui. Trato todo mundo igual e todo mundo me trata muito bem. Todo mundo é ótimo. O CAPS é maravilhoso. O que eu converso com a minha psicóloga, eu posso conversar com outras pessoas também. Não tenho certeza. Confio do mesmo jeito em todo mundo daqui, são todos profissionais. Na hora da crise, quando a coisa pega, quem está de plantão, me ajuda. E eles me ajudam muito mesmo. Escutam, compreendem e eu me acalmo.

Não dá para imaginar o CAPS sem equipe de referência. Seria uma bagunça, um caos. Tem muito paciente aqui, muita gente, não daria para todo mundo atender todo mundo. Tem que organizar. Sem equipe de referência não dá. Mas, não importa quem é da equipe de quem, pois todos os profissionais são bons. Não há nada de especial no que eu converso com as minhas referências. Todo mundo é igual aqui. Mas, tem que dividir, deixar um pouco de paciente para cada profissional.

Meu tratamento é conversar. Venho todos os dias aqui e converso com a minha psiquiatra e minha psicóloga, que são da minha equipe de referência. Se elas não estão, converso com outros. É tudo igual. Sair de casa é importante para mim, vir aqui e ser útil...

Ainda tenho crises e, às vezes, preciso ficar no leito-noite. Não sei porque as crises vêm. Fico nervosa, não consigo ficar perto de ninguém. Posso ser agressiva se ficarem falando do meu lado. Mas, quando acontece isso aqui, os profissionais logo percebem. Me levam para uma sala calma, me escutam, não ficam dando ordem. Então, vou me acalmando.

Outra coisa boa que minhas referências fizeram no CAPS foi me ajudar a morar sozinha. É melhor, pois tenho meu canto, ninguém briga comigo. Já cheguei a andar de cidade em cidade, porque não agüentava parar em casa. Ficava machucada, suja. Hoje sei me cuidar e até ajudo as pessoas.

É isso o que posso contar sobre mim: uma pessoa de vida sofrida, que encontrou o CAPS e melhorou. O CAPS é bom porque é um lugar em que podemos vir todos os dias, nos distrair, nos ocupar e não sermos presos, nem obrigados a nada.

Observações sobre a entrevista com Clara

Clara iniciou a conversa comigo dizendo que não tinha nada a esconder. Conforme relato na narrativa, diante do termo de consentimento livre-esclarecido, que pedi que assinasse, ela ficou bastante incomodada com as palavras *sujeito de pesquisa*. Explicou que o termo sujeito tem uma conotação negativa, a qual ela não aceitava para si. Ela assinou em cima do termo, mas sugeriu que a Unicamp mudasse esse documento, nas futuras pesquisas. Pareceu ter ficado reativa à entrevista nesse momento. A partir disso, falou muito pouco. Dizia não gostar de se lembrar do passado e, acerca do CAPS, apenas repetia que tudo era bom. Reiterou várias vezes que o que fazia do CAPS um lugar bom era o fato de os profissionais não a obrigarem a nada, apenas a ouvirem. Entendi, com essa fala, que eu não deveria insistir que ela me contasse aspectos da sua vida, sobre os quais dissera que não gostava de se lembrar. Reservei-me a perguntar apenas uma vez sobre cada assunto e a escutá-la. Conseqüentemente, a entrevista foi bastante curta e recheada de momentos de silêncio. Senti-me constrangida enquanto conversava com ela, pois tive a impressão de que a utilização do termo *sujeito* a incomodara profundamente e pode a ter remetido percepções ou vivências desagradáveis.

5.4 Formas de organização do trabalho de referência: como profissionais, usuários e familiares experimentam e conceituam o arranjo

5.4.1 O que dizem os grupos focais de trabalhadores

Conforme apresentamos no início desse texto, os grupos focais esclarecem que o trabalho de referência pode se organizar sob diferentes modelagens (duplas, equipes, equipes com profissionais de referência). Entretanto, os trabalhadores explicam que em todas essas formas de organização admite-se que o paciente seja acompanhado em diferentes modalidades (grupos, psicoterapia individual) por profissionais que não sejam da sua própria equipe de referência. Dessa possibilidade decorrem questões relativas à comunicação entre os profissionais, conforme discutiremos ao longo desse texto. Notamos que não há *um* trabalho de referência, mas várias formas de organizar o arranjo. Na prática cotidiana essas formas se diferenciam ainda mais, mostrando-se flexíveis a diversas necessidades dos usuários e dos trabalhadores. Para facilitar nossa comunicação, ao longo desse texto, utilizamos a denominação *trabalho de referência* ou *arranjo de referência* para tratar do objeto de estudo de modo generalizado, sem, com isso, deixar de discutir suas variadas nuances e as conseqüências de tais diferenças.

Em todos os grupos focais da pesquisa avaliativa os profissionais descrevem com relativa clareza como se dá a organização do trabalho de referência, mas, ao fazê-lo, acabam por mostrar que o modelo escolhido sofre variadas mudanças, conforme a necessidade de cada caso e as possibilidades de comunicação e compartilhamentos de toda a equipe. Num dos grupos, por exemplo, os profissionais se contradisseram ao descrever como organizavam seu trabalho de referência, acabando por assumir que faziam *as duas coisas*, ou seja, trabalhavam com profissionais e duplas de referência, tendo as equipes de referência apenas para discussão de caso.

No CAPS em que o trabalho se estrutura exclusivamente com equipe de referência, os profissionais valorizam esse tipo de estrutura, mas também descrevem ações e angústias próprias do trabalho individual de profissionais de referência, tais como: *Isso é uma angústia, que pelo menos eu vivo com os casos, que eu..., eu avalio que seja a intensa demanda de usuários, o número crescente, o número por referência de paciente, que é muito ruim, muito brochante por não conseguir cuidar do que causou a crise.* Ou seja,

embora considerem que trabalham numa equipe de referência, que funciona como uma unidade de acompanhamento, acabam por contabilizar o número de usuários por profissional e lamentar os problemas decorrentes do excesso de trabalho.

O serviço que mostra maior clareza na descrição de sua organização é um daqueles que afirma ter equipe de referência e, dentro dela, técnicos de referência. Explicam que o técnico é o responsável pelo acompanhamento mais abrangente do usuário que referencia, mas divide muitas das funções desse acompanhamento com os demais membros de sua equipe de referência. Já os trabalhadores do outro CAPS, em que há a adoção dessa estrutura, comentam que o trabalho solitário do técnico de referência sobrecarrega o profissional e o leva a adotar atitudes paternalistas. Diante desse quadro, têm feito um grande esforço para *diluir um pouco* o lugar de referência, de modo que outros profissionais compartilhem do acompanhamento do caso e das conseqüentes responsabilidades. Para tanto, têm feito atendimentos em dupla e se esforçado para assistir todos os pacientes que apresentam algum problema repentino, mesmo que não sejam da sua equipe de referência.

Observa-se que nos CAPS em que a organização do modelo se dá a partir de equipes de referência, havendo, ou não, o destaque para profissionais de referência dentro delas, o médico é incluído na equipe como mais um técnico que a compõe. Já nos CAPS em que se adota a estrutura de duplas ou trios de referência, o médico é descrito como o profissional que acompanha esses trios. Nas palavras dos trabalhadores de um dos grupos focais: *são duplas ou trios com o médico. O médico, ele vai acompanhar*. As unidades de acompanhamento são as duplas ou os trios, acompanhados do médico. Já a equipe de referência, composta pelas duplas ou trios, serve para discutir o caso, mas não para compartilhar as tarefas do dia a dia.

Os trabalhadores desse grupo reconhecem que *dentro da mini-equipe tem uma outra mini-equipe*, caracterizadas pelos trios, e reconhecem que essas subdivisões consistem numa *coisa que vai tá facilitando e complicando também, (...) porque isso vai fragmentando cada vez mais os olhares, em cima dessa pessoa. E uma crise a gente sabe que é um psíquico todo fragmentado*. Nessa estrutura, de modo geral, ocorrem compartilhamentos de funções e responsabilidades, mas entre os componentes do trio, não havendo um trabalho comum da equipe de referência.

Compartilhamento X Centralização: alguns paradoxos envolvidos no trabalho de referência

Num dos grupos foi afirmado que o trabalho em equipe de referência permite que se administre os problemas ocasionados pela alta rotatividade de médicos, comum aos CAPS, além de estimular os psiquiatras a compartilharem mais a sua prática. Com isso, os trabalhadores entendem que a assistência se torna *mais sólida* e deixa de ser *centrada no médico*, já que o usuário conhece outros profissionais. Num outro grupo, fora destacado que o trabalho do médico é naturalmente mais solitário, pois só ele pode medicar. Tal solidão é amenizada pelos compartilhamentos que o trabalho em equipe de referência permite.

Notamos que em todos os serviços há o compartilhamento geral do trabalho em equipes ou trios, mas persistem algumas formas de centralização de responsabilidades e funções nos profissionais, individualmente. Dois dos CAPS defendem que o trabalho em equipe de referência os ajuda (embora não traga garantias) a lidar com os problemas advindos de tal centralização. E, aqueles CAPS que trabalham com duplas ou trios de referência, contando com as equipes apenas para discussão de caso, preconizam, por um lado, a necessidade de ampliar essa estrutura, de modo que incrementem o compartilhamento das ações e responsabilidades. Por outro lado, defendem que é necessário para o paciente contar com alguém, destacado na equipe, que o conhece sob os diversos aspectos da sua vida, com quem já possui uma relação de confiança estabelecida. Nesse sentido, advogam que o que se mostra problemático é a dificuldade de comunicação da equipe, a dificuldade de constituição de um campo comum de trabalho e não o modelo centrado no técnico de referência.

Um dos grupos que trabalham com trios de referência chama essa organização de *o coração do CAPS*, mas outros grupos que utilizam a mesma estrutura a consideram, em alguns momentos, um *nó*, dada a complexidade de questões que envolve. De modo geral, todos os CAPS consideram o profissional referência como *o chave, o centro, o pivô*. Nos CAPS organizados em trios de referência, os trabalhadores entendem que é necessário concentrar as funções em um profissional, pois se muitos se responsabilizam por um mesmo paciente, ocorre que ninguém assume realmente as tarefas que o acompanhamento requer. Num CAPS em que o trabalho se organiza com equipe e profissional de referência, os trabalhadores consideram que, embora muitas das funções para com o paciente sejam compartilhadas entre os membros da equipe de referência, é necessário um profissional que

faça a amarração e a mediação das relações do usuário com o serviço (os grupos de que participa, o tipo de inserção, etc).

O CAPS que trabalha com equipe de referência como uma unidade de acompanhamento defendeu que essa organização permite que os casos *circulem* entre os diversos profissionais e sejam compartilhados, inclusive do ponto de vista da responsabilidade, o que diminui o desconforto produzido por um trabalho tão solitário como é o atendimento clínico (psicológico) e psiquiátrico, além de minimizar o risco de que os profissionais cristalizem seus modos de agir e pensar, *cronificando-se*.

Segundo esses profissionais, o trabalho em equipe também facilita que o paciente se vincule e faça transferência (psicanalítica) com mais de um profissional, evitando que se desestabilize, quando seu técnico de referência precisa se ausentar do serviço. Ao mesmo tempo, diminui o *peso da transferência maciça* que o paciente, quando se encontra em crise, faz com seu técnico de referência. Além disso, para esses profissionais, a equipe permite que os casos sejam compartilhados e conduzidos a partir de vários pontos de vista (o da T.O, o da psicóloga...). Porém, consideram que a formação de uma equipe, que realmente consegue compartilhar seu trabalho, requer que seus componentes tenham afinidade entre si, o que impõe, segundo eles, alguns desafios a serem manejados pela gerência do serviço.

Quando interrogados sobre a função da equipe de referência, os trabalhadores de todos os grupos citam também sua utilidade organizacional para o serviço e para o contato com a rede. Explicam que é sempre a mesma equipe que estabelece relações com as mesmas Unidades de Saúde do território, o que facilita a comunicação e tende a criar vínculos de trabalho.

Notamos que, de modo geral, os grupos reconhecem que o trabalho exclusivo com profissionais de referência sobrecarrega muito o trabalhador e, nesse sentido, defendem que as equipes de referência, no mínimo, facilitam a discussão dos casos. Porém, paradoxalmente, todos os grupos se alongam mais discutindo as funções do profissional de referência, estando este localizado numa estrutura de equipe, ou de duplas e trios. Contam que cabe ao profissional de referência articular o tratamento junto ao paciente, identificando as necessidades, desejos, possibilidades e limites deste. Tal articulação deve

considerar não só o que diz respeito ao CAPS, como também à vida familiar e cultural, favorecendo a entrada do usuário em diversos meios sociais.

Algumas funções atribuídas ao arranjo de referência

Segundo alguns trabalhadores, é também tarefa do profissional de referência acompanhar a circulação do usuário dentro e fora do serviço, mediando suas relações com a equipe e com outras instituições, tais como uma oficina de trabalho protegido ou uma unidade básica de saúde. No entanto, reconhecem que esse tipo de acompanhamento nem sempre é possível, dada o excessivo montante de trabalho dos CAPS. No caso dessas impossibilidades afirmam que, infelizmente, os projetos terapêuticos se perdem e ficam banalizados, restringindo-se aos dias da semana que o paciente vai ao CAPS e às atividades que ele faz.

O trabalho de referência é, segundo alguns profissionais, uma *função operativa* que procura o que o paciente precisa. O profissional de referência se ocupa, por exemplo, de comprar algumas coisas de que o paciente necessita, ou de escutá-lo, quando ele não está bem, ou de mediar sua relação com a família. Além disso, o técnico de referência é procurado pelos outros colegas para ser esclarecido sobre questões que envolvem o usuário por ele referenciado e para prestar esclarecimentos sobre o mesmo, o que possibilita uma ampliação da discussão do caso.

Em todos os grupos, os profissionais associaram o trabalho de referência com tarefas denominadas de *burocráticas*: a equipe se divide e cada profissional se responsabiliza pelo prontuário de determinados pacientes, devendo conhecer a *integração das atividades* daqueles usuários dentro do serviço e a relação com a família. Tal associação, de modo geral, é sentida pelos trabalhadores como desagradável, descolada da clínica e perniciosa para o acompanhamento dos usuários. Mas, por outro lado, eles reconhecem que também é o técnico de referência quem conhece o paciente do ponto de vista emocional, sabe das suas crises, dos motivos e conseqüências delas. É ele que é chamado para *avaliar* a crise dos usuários que referencia, para providenciar os recursos necessários ao atendimento naquele momento e para organizar as várias situações em que o paciente está envolvido (problemas familiares, no bairro e no próprio CAPS).

Alguns profissionais (que trabalham com o modelo de equipe de referência, dentro da qual há técnicos de referência responsáveis por um determinado número de usuários) disseram que acham o desempenho da função de referência chato e desgastante. Nesse sentido, questionaram qual é o lugar dessa função: trata-se de um papel burocrático ou da figura central da clínica? E, ainda: como é possível ser, *ao mesmo tempo, o terapeuta, o psicanalista, a lei, a pessoa que escuta*? Observam que o técnico de referência tem ficado com as funções burocráticas e outros profissionais têm feito a escuta. Concomitantemente, porém, assinalam que há, entre eles, aqueles que não dissociam a burocracia da escuta, pois entendem que a articulação de um projeto terapêutico requer o entendimento da demanda (de todos os tipos) do paciente. Dentre esses, é defendida a idéia de que é ao técnico de referência, primordialmente, que cabe o trabalho de acompanhar o paciente, quando ele se encontra em crise.

Outro grupo, que trabalha com trios de referência, assinala que o técnico de referência *carrega consigo um pouco da verdade da história do paciente* e acaba sendo chamado pela equipe do serviço a prestar esclarecimentos sobre o bem-estar e o mal-estar daquele usuário que referencia, sendo *responsabilizado* por ele. No contexto amplo da instituição, ocorre uma indefinição quanto à responsabilidade pelo tratamento ou por quaisquer atos do paciente. Ao mesmo tempo, o profissional tende a tomar o caso para si, tem dificuldade de compartilhá-lo com os colegas e acha que pode *dar conta de tudo*.

Num grupo que trabalha com equipes de referência, os profissionais também se alongaram bastante nesse tema, expondo angústias relacionadas a certo movimento da instituição de responsabilizar o profissional de referência pelo paciente, movimento este que ultrapassa os limites da responsabilização esperada em qualquer construção de caso clínico. Esses profissionais chegam a cogitar a hipótese de contarem com uma consultoria jurídica para o esclarecimento das responsabilidades que cabem ao trabalho de referência. Porém, não entraram num consenso quanto a esta alternativa, concluindo que se trata de uma questão naturalmente tensa e submetida às inevitáveis variações do *caso a caso*. Consequentemente, concluem que, a fim de suportar a angústia frente os diferentes tipos de implicação que envolvem o trabalho de referenciar um caso, há que se esforçar para a sustentação de constante diálogo com várias instâncias, dentro e fora do CAPS.

Possíveis problemas ou perigos associados ao trabalho de referenciar

Em alguns grupos, após a leitura das narrativas, o tema da responsabilização remeteu à discussão acerca dos possíveis perigos que envolvem o arranjo quando estruturado predominantemente através do trabalho do profissional de referência. Novamente os trabalhadores colocaram que é comum que o técnico de referência se sinta pressionado a assumir toda a responsabilidade pelo paciente, seja porque a equipe pactua com esse modo de entender o trabalho, seja porque ele é envolvido por questões emocionais próprias de um relacionamento profundo com um usuário e se coloca na posição, muitas vezes solicitada pelo seu paciente, de responsável exclusivo pelo caso.

Ocorre, segundo os trabalhadores, de o técnico de referência ser chamado para responder por todos os atos do seu paciente, mas também é possível observar situações inversas, em que o técnico de referência critica seus colegas por terem realizado intervenções com seu paciente de referência, sem o seu conhecimento. Alguns trabalhadores lembram que *ser referência é ser responsável pelo tratamento e não pela pessoa*, mas reconhecem que as fronteiras dessa responsabilidade, muitas vezes, são confusas tanto para o técnico referência, quando para a equipe e para os familiares dos usuários. Conseqüentemente, há o constante risco de que o trabalho fique centrado no técnico de referência, assim como o era no médico das instituições asilares.

Outra questão levantada por um dos grupos acerca do referenciar foi o fato de o profissional de referência, devido ao excesso de responsabilização, acabar por sentir que é necessário que esteja ciente de todos os movimentos do seu paciente, o que pode levá-lo a tentativas de controle da vida deste, remetendo-se, assim, a modos de assistência próximos ao modelo manicomial. Os trabalhadores denominam essa pretensão de acompanhamento constante como *policial* e ponderam que é necessário atenção à linha tênue que separa a liberdade do controle. Percebem que a discussão de caso, efetuada pelas equipes de referência, é uma possibilidade de enfrentamento desse perigo.

Num grupo que trabalha com equipe e técnico de referência, os profissionais ilustram essa dificuldade em descentralizar as funções do técnico de referência, contando que, em momentos em que esse profissional não se encontra no serviço, temem tomar atitudes contrárias àquelas por ele indicadas, ainda que estejam diante da opinião de outros

profissionais que acabaram de avaliar o paciente. Descrevem episódios em que o profissional de referência indicara que seu paciente não tivesse alta do leito noite, mas que, algumas horas depois, quando o profissional de referência já não estava no serviço, uma nova avaliação, feita por um médico, indicava a possibilidade de alta. Diante dessas diferentes avaliações, os trabalhadores se vêem num impasse e preferem manter a decisão do profissional de referência, o que não deixa de lhes incomodar e provocar questionamentos.

Notamos que essa tensão entre a responsabilização pelo caso e a centralização de poder, que carrega intenso mal estar e sofrimento, foi expressa nas duas rodadas de todos os grupos focais de trabalhadores de todos os serviços. Em alguns grupos, os profissionais avaliam esse problema como resultado da falta comunicação entre as equipes de referência. Também observam que a discussão dos casos em equipe de referência é *muito fragmentada e não integra a compreensão da dinâmica psíquica ao diagnóstico psiquiátrico, à medicação e aos transtornos motores*, ou seja, não permite que os diversos discursos acadêmicos dialoguem.

No grupo específico sobre o trabalho de referência, alguns trabalhadores também refletem que a tensão que envolve a responsabilização pelo paciente, centralizada no profissional de referência, guarda especificidades comuns ao movimento institucional, com seus jogos de poder e comunicação, mas também envolve questões da própria clínica, que não deixa de ser um trabalho solitário.

Em um dos grupos focais da pesquisa avaliativa, os profissionais de um CAPS, organizado em trios de referência, levantaram o problema de que apenas o técnico de referência conhece o projeto terapêutico do paciente. Conseqüentemente, quando este chega ao CAPS com alguma demanda³⁶, aqueles que não o referenciam se sentem perdidos. No entanto, esses trabalhadores lembram que o CAPS possui cerca de 250 pacientes, sendo impossível que cada profissional conheça a todos os usuários. Nesse momento, oscilam em atribuir a questão do desconhecimento do paciente ao arranjo de referência, à dificuldade de comunicação do serviço como um todo, ou ao número de usuários. Esse problema, embora também tenha sido mencionado pelos trabalhadores dos CAPS organizados em equipes de referência, parece estar minimizado nesses contextos, uma vez que os diferentes profissionais da equipe de referência assumem funções do acompanhamento de um mesmo

³⁶ Os profissionais utilizaram o termo demanda como sinônimo de necessidade.

paciente e têm um espaço formalizado para discutir tal acompanhamento, o que lhes permite ampliar o número de casos que conhecem de modo mais próximo.

Dilemas que envolvem campo e núcleo de competências no trabalho de referenciar

Outro paradoxo identificado no trabalho de referência diz respeito à natureza das tarefas que ele deve assumir. Por um lado, alguns profissionais associam o referenciar com certa dificuldade, pois ele requer atividades, muitas vezes, distantes do núcleo profissional de cada trabalhador, para as quais nem sempre ocorreu um tipo formação específica. Nesse sentido, apontam que no trabalho de referência *as competências específicas às vezes ficam muito frouxas*, sendo que apenas a enfermagem, com sua técnica, consegue se diferenciar. Por outro lado, avaliam que é justamente essa flexibilidade (que exige que, por exemplo, um psicólogo acompanhe o banho de seu paciente em crise) que contribui para o alargamento do campo e a constituição de uma postura de *disponibilidade* ao paciente, que vai além dos núcleos das formações acadêmicas.

Para incrementar ainda mais o paradoxo acima, alguns trabalhadores acrescentam que, embora tal flexibilidade seja importante, os profissionais não podem deixar de oferecer modos de acompanhamento que são próprios de seu núcleo, para os quais estão preparados e com os quais podem qualificar a assistência. Nessa questão, pontuam que o referenciar tende a fazer com que tudo se *misture*, as identidades se percam e os trabalhadores deixem de atuar segundo seu núcleo, o que também prejudica a assistência. De outra perspectiva, lamentam que a equipe de referência não esteja cumprindo com uma função, útil sobretudo no que diz respeito aos trabalhadores de enfermagem, de proporcionar uma formação do trabalho no campo da Saúde Mental, através da discussão/construção³⁷ coletiva dos casos.

Segundo os profissionais que trabalham com a modelagem de trios de referência, há ainda uma dificuldade que diz respeito à intensidade do vínculo que o profissional de referência estabelece com o usuário. Eles constataram que o profundo contato emocional com os pacientes torna sofrida a tarefa de acompanhá-los, sobretudo em suas crises. Nesse sentido, um dos grupos salienta que, se as equipes de referência permitem a discussão coletiva dos casos, ao fazê-lo, elas também evidenciam a complexidade e as dificuldades

³⁷ Mais adiante, apontaremos as possíveis diferenças inerentes às noções de *discussão* e *construção* do caso.

que envolvem aquele usuário, fazendo *explodir coisas do paciente que antes não eram vistas*, o que aproxima o profissional das questões mais profundas do seu usuário, mas também incrementa a angústia do referenciar.

Em outro grupo, constituído por trabalhadores que organizam o trabalho em equipe de referência como uma unidade de acompanhamento, os participantes relatam que mesmo com o trabalho em equipe e o estabelecimento da relação de confiança entre os colegas, é difícil sair do CAPS sem se preocupar com o paciente, sem se perguntar se ele não fará nada contra sua vida, sem temer que o outro funcionário não dê conta das necessidades dele. Verificamos, nesse aspecto, que os trabalhadores reconhecem que o trabalho com a psicose envolve um sofrimento inevitável e que a equipe de referência, se está funcionando, ajuda a clarificar e manejar essa dor, mas não a apazigua.

Num dos grupos, cujos participantes organizavam seu trabalho de referência em trios, durante a discussão sobre a narrativa, alguns trabalhadores disseram que estavam começando a considerar que o trabalho de referência é próprio de um campo e diz respeito mais a uma função ligada à confiabilidade, do que a uma pessoa com atributos específicos. Explicaram que se trata de um trabalho feito por uma pessoa, mas esta é referência quando está numa relação de confiança com um paciente, num dado momento de dificuldade específica. Nesse contexto, o referenciar liga-se a uma condição genuína de disponibilidade e não a divisões e agrupamentos próprios da estrutura do serviço. Tal disponibilidade dependeria da qualidade do encontro do usuário com o paciente e não da constituição de equipes. Os trabalhadores não prolongaram ou detalharam essa reflexão, justificando que ela ainda é apenas uma impressão.

Os trabalhadores de vários grupos mencionaram ainda o fato de o próprio CAPS ser um serviço de referência para a região onde ele se localiza, constituindo-se, muitas vezes, num serviço de referência de saúde mental para toda a rede. No entanto, essa condição é sentida como muito pesada e perigosa, pois os trabalhadores percebem que *tudo* acaba sendo remetido ao CAPS. Conseqüentemente, *se antes o paciente era do manicômio, hoje o louco do bairro é do CAPS*. O problema, segundo eles, é a dificuldade de trabalhar em rede, o que torna esse louco *só* do CAPS. Ao mesmo tempo, essa situação sobrecarrega os trabalhadores do serviço, o que dificulta que exerçam, do modo como gostariam, a função de referência de seus pacientes.

Finalmente, quando interrogados acerca do referencial teórico que sustenta o trabalho de referência, todos os grupos responderam de modo muito vago. Alguns chegaram a explicitar que não há um referencial teórico, outros disseram que cada profissional utiliza aquele com que tem maior afinidade e outros citaram, rapidamente, dois autores contemporâneos da Saúde Coletiva, sem se deterem na descrição de trabalhos destes.

5.4.2 Associações entre os grupos de profissionais da Pesquisa Avaliativa e o grupo em que se discutiu exclusivamente o trabalho de referência

A narrativa localizada no início deste capítulo, feita a partir do grupo focal que discutiu especificamente o trabalho de referência, pode lançar luz e aprofundar muitas das questões até aqui anunciadas. A seguir discorreremos sobre elas, relacionando-as com as construções dos outros grupos.

A avaliação de que a equipe de referência é um espaço profícuo para a discussão de caso e o compartilhamento de saberes e responsabilidades é unânime entre todos os grupos de trabalhadores. Além disso, um dos grupos da Pesquisa Avaliativa também cita a potencialidade das equipes de referência para efetuar a diluição da transferência dos pacientes para com seus profissionais de referência. Porém, o sentido e a função de tal diluição é esboçado, com maior clareza, no grupo exclusivo sobre o trabalho de referência. Neste, foi defendido que o trabalho em equipe de referência é feito a partir de vários discursos, o que diminui as chances do desenvolvimento da erotomania e da persecutoriedade, próprias de pacientes paranóicos.

A centralização do trabalho de referência em uma ou duas pessoas, apontada em todos os grupos, carrega consigo alguma variedade de sentidos. Enquanto que os grupos da pesquisa avaliativa assinalam que ela permite que os casos não se percam entre os vários profissionais, deixando de ser verdadeiramente assumidos por alguém; o grupo sobre referência discute sua função para aqueles pacientes menos estruturados, como o são os esquizofrênicos e os autistas. Para estes, faz-se necessário um *ponto de amarração mínimo*, o que, por sua vez, pode ser associado com a idéia, discutida num dos grupos focais, de que o profissional de referência tem uma função de proximidade afetiva com o usuário.

Os profissionais do grupo que discutiu exclusivamente o trabalho de referência concordam, portanto, que o modo como o técnico de referência se coloca diante de seu paciente sempre depende das necessidades subjetivas deste. Nesse aspecto, parece-nos que algumas questões se esboçam: esta proximidade é encarnada por uma ou mais pessoas específicas, tal como defendem alguns grupos? Ou é uma função, a ser desenvolvida por qualquer profissional que se coloque disponível e confiável para com o paciente, tal como propõe outro grupo? Ou, ainda, podemos pensar que a função deve ter flexibilidade suficiente para se encarnar num arranjo coletivo ou individual, conforme a subjetividade de um dado paciente e o momento de vida deste? Teríamos sempre que admitir diversidade de organizações de um mesmo modelo? Entendemos que essas questões são frutos das construções dos grupos, e esperamos discuti-las à luz das narrativas dos usuários, mais adiante.

Questões teóricas que sustentam o trabalho de referenciar

É notório que ambas as modalidades de grupo reconhecem a proximidade do trabalho de referência com as diretrizes do SUS, como a integralidade, e o aporte teórico da Saúde Coletiva. No entanto, o grupo sobre referência explicitou que o sentido do trabalho que desenvolvem é clínico e se sustenta em diferentes leituras, como a lacaniana e a winnicottiana. Nesse aspecto, observamos que, se nos grupos da pesquisa avaliativa o referencial teórico do trabalho de referência é pouco explicitado e, de modo vago, associa-se a autores da Saúde Coletiva; no grupo sobre referência ele é remetido, prioritariamente, a correntes teóricas da psicanálise ou de discussões recentes do campo da atenção psicossocial.

Os trabalhadores dizem que, em sua origem, o trabalho de referência esteve ligado ao cumprimento dos princípios do SUS e daquilo que hoje se configura no Programa de Saúde da Família, mas que, atualmente, se faz diferente na saúde mental, pois se trabalha com a *clínica da psicose, uma clínica feita por muitos*. Essa dicotomia nos leva a questionar: a clínica da psicose (pelo menos aquela desenvolvida nos Serviços Públicos de Saúde) não está contextualizada e sustentada no SUS, com seus discursos teóricos? E, por outro lado: como o discurso da Saúde Coletiva é organizado para responder às necessidades

e especificidades de pacientes psicóticos, com profundas dificuldades de vínculo e coresponsabilização (dificuldades que estão na origem de seu adoecimento)?

Todos os grupos mostram um trabalho comprometido com os princípios do SUS e sustentado por distintos entendimentos da clínica das psicoses. Supomos que na prática do dia-a-dia a cisão, acima identificada, possa ser minimizada através dos efeitos do contato com o paciente, como veremos adiante. No entanto, importa-nos observar que, no plano discursivo, a clínica encontra-se, muitas vezes, dissociada das ações do dia a dia. Tal dissociação é esclarecida pela discussão, comum aos grupos, sobre o trabalho burocrático. Este é sentido como pesado e como aquilo que *rouba o tempo da clínica*. Parece difícil para os trabalhadores reconhecerem a qualidade do cuidado que está implicado na atividade de preencher um formulário para aquisição de transporte gratuito. Essa realidade nos remete às dificuldades associadas ao trabalho no campo, exigido pelo referenciar. A dita *burocracia* estaria caracterizando aquelas atividades de cuidado que se distanciam do núcleo profissional de cada trabalhador?

Clínica? Assistencialismo? Burocracia? Diferentes sentidos e problematizações associados à prática de referenciar

É certo que os grupos comentaram a possibilidade de associar trabalho burocrático à clínica, ou atribuir a ele o sentido da clínica, porém se estenderam mais em descrever seus infortúnios. Embora sem unanimidade, foi comum aos grupos a sensação de que algumas atividades práticas, como fazer uma comida com o paciente ou acompanhá-lo ao INSS, próprias à função de referência, também furtam a disponibilidade para a clínica. Do mesmo modo, a precariedade da situação social dos pacientes e a necessidade de ajudá-los em questões ligadas à moradia e locomoção, também não são bem localizadas como exatamente do campo da clínica. Para alguns, trata-se da esfera do assistencialismo, e, para outros, de um espaço que requer um investimento que lhe *atribua um sentido clínico* (portanto, o sentido clínico não é entendido como próprio à lida com as questões sociais). Cabe-nos então perguntar: onde, afinal, reside a clínica do trabalho de referenciar? Em que práticas se sustenta? Ela permeia o cuidado nas suas esferas práticas e discursivas? Ou, ela suporta as necessidades práticas, mas se mostra como qualificada apenas no que diz respeito às possibilidades de escuta?

As alusões que os grupos fazem à função *operativa* do trabalho de referência, ou de sua função de confiabilidade e de proximidade, bem como a idéia de que se trata de uma clínica pautada no *manejo do cotidiano*, parecem responder às questões que acima colocamos. No entanto, optamos por evidenciá-las porque, a despeito das formulações acerca do sentido clínico do acompanhamento que o profissional de referência faz do paciente, nos parece que tal acompanhamento se coloca como um aspecto tenso e ainda pouco elaborado quando associado à clínica do referenciar. Conseqüentemente, pairam as questões: seria clínico o trabalho de referenciar? Seria clínica, mas com deturpações provocadas pelas necessidades práticas? Mas, não seriam essas necessidades que configuram o eixo central do referenciar?

O modo como os profissionais se posicionam para responder a tais necessidades, bem como a forma como a equipe as coloca, parece ser um dos eixos que sustentam os problemas associados ao arranjo em questão. Nos grupos da pesquisa avaliativa, os trabalhadores comentam que a equipe tende a chamar o técnico de referência a responder pela vida do paciente, mas o profissional, por sua vez, muitas vezes, também se coloca como *dono do caso*, ou como aquele a quem devem ser remetidas todas as questões que envolvem o usuário que é por ele referenciado.

O grupo sobre referência aprofunda essa discussão ao comentar que a equipe tende a transferir para o técnico de referência a responsabilidade de responder a vários problemas localizados numa esfera que ultrapassa os limites do serviço. Descrevem situações em que o profissional de referência é chamado a responder, sozinho, por questões de moradia, ou periculosidade ligada ao tráfico de drogas, questões essas que mereciam um debate coletivo, incluindo áreas como a Assistência Social Municipal. Por outro lado, os profissionais reconhecem que, quando sobrecarregados, costumam encaminhar para o técnico de referência qualquer paciente que os procura com algum pedido, repetindo, assim, aquilo do que se queixam.

Rediscutindo os riscos ligados à centralização

Conforme vimos na narrativa apresentada acima, em relação à centralização do trabalho num técnico de referência, há também o perigo de que os trabalhadores se

coloquem num lugar onipotente e queiram se utilizar da função de referência para atender à todas as necessidades do paciente. Nesse caso, os profissionais afirmam: *com a tendência de achar que tudo é mental, também toma essas demandas para ele*. Nesse sentido, parecem entender que as esferas micro e macrossociais podem se espelhar, de tal forma que, sendo o CAPS um serviço de referência para a rede, ele passa a ser procurado como resposta social exclusiva à loucura e, muitas vezes, corre o risco de assumir tal lugar que lhe é atribuído. Concomitantemente, é o técnico de referência que responde, pessoalmente, por esse lugar social habitado pelo serviço, sendo envolvido e se envolvendo com a responsabilidade de responder por todas e quaisquer necessidades que giram em torno do usuário, ainda que identificadas por outros atores, como um comerciante incomodado com a presença desse paciente na frente do seu estabelecimento, ou um familiar que não o quer mais em casa.

De modo geral, todos os grupos parecem atribuir as possibilidades de lidar com esses problemas às discussões e compartilhamentos das equipes de referência. Os grupos que trabalham com trios de referência atribuem maior valor nas discussões, embora descrevam momentos em que compartilham os casos e pensam nas posturas apropriadas para com eles, destacando que é sempre necessária uma posição de disponibilidade. Já o grupo que trabalha com equipe e técnico de referência defende que esse modelo privilegia o compartilhamento de funções e responsabilidades, diminuindo não só a sobrecarga de trabalho, como também os riscos de identificação exagerada do profissional com seu paciente.

O grupo que discutiu especificamente o trabalho de referência, conforme podemos ler acima, aprofunda esse debate apontando que o compartilhamento da referência em equipe permite que a transferência seja *diluída*. Podemos supor que, com essa diluição, não só o usuário pode viver suas questões através de outras relações importantes, como também o profissional é descentrado pelo usuário. Nesse sentido, a perda ou a diluição da posição de concentração do saber, deverá também contribuir para a diminuição dos riscos de controle onipotente.

Todos os grupos feitos com trabalhadores também mencionam o trabalho em rede de saúde, a despeito da dificuldade de constituí-lo, como um modo idealmente eficaz de lidar com as dificuldades oriundas do referenciar. Portanto, é consensual a avaliação de

que, se alguma centralização das relações com o usuário se faz necessária ao trabalho com a psicose, também é primordial que esta assistência tenha vias diversificadas de arejamentos, trocas e alargamentos dos contatos intersubjetivos. Ainda que encarnado num profissional específico, o trabalho de referência requer uma sustentação coletiva, cujas fronteiras devem ser constantemente alargadas.

Cabe-nos, nesse momento, perguntar como esses diferentes modos de estruturar o trabalho de referência são experimentados pelos usuários e familiares. No CAPS em que, no momento dos grupos focais estavam se iniciando os esforços para a *diluição* do lugar centralizado do profissional de referência, há a observação de que, ainda que a equipe compartilhe mais os casos, os familiares e usuários acabam por chamar pelo profissional de referência individualmente. A seguir, apresentaremos como usuários e familiares tratam dessa temática nos grupos focais e, em seguida, nos remeteremos às narrativas acima colocadas e a trechos de outras entrevistas para discutir a questão.

*5.4.3 Como usuários e familiares experimentam e descrevem as diferentes estruturas do trabalho de referência*³⁸

Nos grupos focais da pesquisa avaliativa, os usuários dos CAPS dizem possuir uma equipe de referência composta por um conjunto de profissionais que, junto do médico, dividem os pacientes do CAPS e dão mais atenção para aqueles que são da sua equipe. Destacam que cada médico tem a sua referência, e outros profissionais, de categorias diversas, o ajudam. Contam que fazem um grupo em que participam profissionais e pacientes da referência – o grupo de referência, dispositivo através do qual deixam a vida em ordem e ficam sabendo como é que está sendo a vida do outro.

O profissional de referência, segundo os usuários, é a *funcionária* que mais procuram para conversar, aquela com quem decidem quando vão ao CAPS e que cuida deles, aumentando a atenção quando não estão bem e preocupando-se quando não vão ao serviço. Explicam que ela é *a pessoa* que os recebeu no CAPS, ou que os foi buscar onde moravam, sendo nela que realmente confiam. Sentem que são muito ajudados, tratam de sofrimentos terríveis que os fazem não querer viver ou ficar agressivos, ou ainda sentir que

³⁸ Os familiares que compuseram os grupos possuíam diferentes graus de parentesco com os pacientes dos CAPS. Algumas eram mães, outras irmãs e outros pais.

carregam uma cabeça que não lhes pertence. Confiam muito nos técnicos de referências para tratar desse sofrimento, de tal modo que afirmam que quando um enfermeiro que é da sua referência te aplica uma injeção, dá pra ter certeza que deu remédio mesmo.

Em relação às diferenças do trabalho efetuado nas diversas estruturas do referenciar, os usuários, seja nos grupos focais, seja nas entrevistas, falaram de seus profissionais de referências sempre no plural. Aludem ao grupo de referência³⁹, mas não a equipe, como uma unidade que os atende. Também não aludem aos trios ou às duplas de referência, pelo menos não com essa denominação. Costumam nomear uma profissional, que é a técnica de referência principal e enumerar os outros profissionais que dizem que também são da sua referência.

As entrevistas nos apresentam algumas outras perspectivas do trabalho de referência, conforme discorreremos a seguir. Entendemos que elas expressam vivências particulares, não passíveis de quaisquer generalizações. Entretanto, pretendemos retomá-los aqui para pensar alguns dos modos a partir dos quais o trabalho de referência pode ser vivido e significado. Não temos a pretensão de, com isso, explicar o lugar que as equipes, trios e profissionais de referência ocupam na vida dos usuários. Nosso objetivo é apresentar algumas particularidades de certos casos, que sirvam de elementos para incrementar reflexões acerca da prática, sem generalizá-la ou destituí-la de suas especificidades.

Clara, conforme mostra a narrativa acima, ainda que nomeie duas profissionais de referência, a psicóloga e a psiquiatra, e avalie ter uma boa relação com ambas, não atribui um caráter especial a nenhuma relação que estabelece com os profissionais do CAPS. Considera toda a equipe competente e destaca que é quem está no plantão que a ajuda, nos momentos de crise. Sua narrativa evidencia a eficácia de um trabalho conjunto que, embora eleja profissionais que ficam mais próximos de um dado usuário – seus técnicos de referências -, consegue se articular de tal modo que ela se sinta amparada nos momentos de crise, seja quem for que a atenda.

Ela entende que, sem a estruturação em equipe de referência, o CAPS seria uma *bagunça* e enfatiza que o valor desse dispositivo está na sua capacidade de divisão e

³⁹ Grupo que acontece em todos os CAPS. Nele, costumam se encontrar alguns usuários e alguns profissionais da equipe de referência (geralmente os usuários indicados e os profissionais da equipe de referência que se encontram no CAPS no momento em ele ocorre). Tem algumas diferenças de nomes, num CAPS ou noutro.

organização do trabalho, independentemente das pessoas que o estão exercendo (já que todas são competentes). No entanto, podemos notar que tal organização, para Clara, está contando com um grau suficiente de comunicação e coesão da equipe como um todo, de tal forma que os diferentes profissionais que a atendem nos plantões parecem não praticar atitudes tão contraditórias que a desorganizem. Ou seja, diferentemente do que um dos grupos pontua, para esta paciente o trabalho em equipe de referência, feito por diversos profissionais, não se encontra fragmentado e não traz problemas para suas vivências de crise.

O trabalho de referência destinado a Clara, segundo ela, baseia-se em conversas diárias. Mas, a sua narrativa nos mostra que tais conversas estão revestidas de certa singularidade, provavelmente marcada pelas necessidades emocionais de Clara: são diálogos em que não lhe dão *ordens ou bronca*, em que lhe oferecem um espaço livre para falar, o que a acalma. Parece, nesse sentido, que a equipe de referência se articula de tal modo que Clara não se perceba comprometida com ninguém, podendo contar com muitos, sem se sentir perseguida por um excesso de presença de qualquer um deles. Insistimos que para contar com muitos, há que haver alguma coesão da equipe, coesão que parece carregar certa fluidez.

Viviane é uma paciente que se trata no mesmo CAPS de Clara⁴⁰. Apresentaremos sua narrativa num outro capítulo, mas nos interessa aqui destacar alguns trechos da sua fala, que ilustram bem a presente discussão. Ela conta que possui três profissionais de referências - J., B. e C. - e enfatiza que é muito importante poder conversar com elas e sempre encontrar uma das três disponíveis. Mas, não especifica funções diferenciadas para cada uma delas. O que lhe parece ser importante é a sensação de que as três conhecem sua vida e sabem compreendê-la nos momentos de crise, sem que ela precise se explicar muito. Na sua entrevista, Viviane valoriza, explicitamente, o fato de a equipe de referência se organizar de tal forma que sempre é possível encontrar no serviço uma das profissionais que a referencia. Embora ela não se remeta diretamente à questão, podemos fazer a hipótese de que a organização da frequência dessas profissionais esteja associada a uma construção

⁴⁰ O CAPS onde Clara e Viviane se tratam é aquele cujos trabalhadores alegam que a Equipe de Referência deve ser entendida como uma unidade de trabalho e não apenas como um dispositivo para discussão de casos. Interessante notar que justamente neste CAPS a função de referência tenha sido atribuída a vários profissionais da equipe, sem especificação de papéis dentre eles.

conjunta do caso, que permite que Viviane seja compreendida pelos três membros de sua equipe, sempre que precisa.

Outros usuários apresentam uma experiência diferente diante da relação com as equipes, trios ou profissionais de referência. Como vimos na narrativa acima apresentada, Joana consegue distinguir bem as pessoas e identificar aquelas cujos *gênios* combinam mais com ela. No que diz respeito ao trabalho de referência, ela conta ter um *grupo de referência*, mas reconhece a função apenas em T., sua profissional de referência. No seu caso, o grupo, que consiste na equipe de referência, reunida com todos os usuários que a compõem, não é valorizado, porque seu caráter público transforma a vida *num livro aberto*. Joana parece precisar de relações a dois⁴¹ e encontrar essa possibilidade na organização do trabalho de referência. Ela explica que sempre pode contar com sua profissional de referência e gosta do modo como esta conduz a conversa, porque permite a liberdade de falar, mas também se posiciona, dando *conselhos e opiniões*.

Joana mostra a necessidade de uma organização do trabalho de referência que permita o contato dual, mas não restringe tal contato à T., sua técnica de referência principal. Esta parece ser aquela com quem Joana compartilha, de modo mais intenso, as suas experiências cotidianas, é aquela que é, segundo a suas expressões, a do *dia a dia* e, por isso, *a mais indicada para conversar*, aquela que a conhece em maior profundidade e lhe reserva atenção especial. Porém, na ausência de T., ela reconhece a possibilidade conversar com outros profissionais, entendendo que *todos são bons*. Portanto, o trabalho de referência, destinado a Joana, se sustenta em dois pilares: a oferta de contatos interpessoais duais, baseados num compartilhamento constante do cotidiano vivido pela paciente e, ao mesmo tempo, uma estruturação de equipe que permite que tal contato não se restrinja a uma só profissional, evitando assim a concentração dos afetos e imprimindo um espaço de liberdade de circulação. Note-se que a narrativa de Joana é marcada pela valorização da liberdade oferecida pelo CAPS, oferta esta que parece ser condicionante para seu envolvimento com o tratamento e a mudança subjetiva que o marca.

⁴¹ Ao utilizarmos o termo “relações a dois” ou “relações duais” estamos nos referindo a relacionamentos estruturados basicamente a partir da identificação, nos quais não é suportável para o paciente, ou é difícil de tolerar, a incidência simbólica de um terceiro.

As narrativas expostas nos próximos capítulos mostrarão que, na perspectiva dos usuários, o trabalho de referência se estrutura a partir de diferentes moldagens, segundo suas necessidades subjetivas. Os usuários costumam imprimir um sentido ao grupo de referência, mas primordialmente localizam a função em dois ou três profissionais da equipe, aos quais, de modo geral, atribuem papéis e *saberes* distintos.

Helena, cuja narrativa apresentaremos mais adiante, indica uma relação afetiva mais importante e íntima com uma das suas profissionais de referência, aquela que lhe ofereceu especial atenção num momento de profunda crise e, atualmente, faz visitas periódicas a sua casa, além de atendimentos individuais no CAPS. No entanto, ela também descreve importantes modos de apoio protagonizados por outras técnicas de referência, tais como A., que providenciou o INSS e E., que marcou consulta com o ginecologista. Nesse caso, é evidente a complexidade e a intensidade da atenção psicossocial oferecida à paciente, atenção esta que requer certo número de pessoas desempenhando papéis e atividades distintos. Tal diversidade, inevitavelmente, exige uma formação de equipe consistente que dialogue e compartilhe não só o acompanhamento prático, mas as sutilezas e riscos que estão nele implicados.

Laura, outra usuária, cuja narrativa será apresentada mais adiante, localiza a função de referência numa profissional apenas⁴², mas reconhece que esta fora antecedida por outras, que também fizeram um bom trabalho. A sua técnica de referência *sabe tudo o que você está passando no momento*, enquanto que os outros componentes da equipe *sabem mais ou menos do [seu] problema*. Ela conta que, atualmente, encontra-se bem e, por isso, conversa apenas com a sua técnica de referência. No entanto, em momentos de crise vivenciados no passado, conversava com vários profissionais da equipe, necessitando da atenção de todos eles. Assim, conclui que é importante que outros profissionais da equipe de referência saibam do seu problema, de modo que estejam capacitados a atendê-la, quando a técnica de referência principal não se encontra.

Karina, como veremos em sessões posteriores desse texto, conta que possui três técnicos de referências: G. M. e O, cuja primeira função identificada foi a de rigidez diante

⁴² Deve-se observar aqui que, no período em que a entrevista fora realizada, o CAPS onde Laura fazia tratamento adotava um modelo de referência individual. A equipe de referência servia para discussão do caso e compartilhamento de poucas responsabilidades. Segundo relato dos trabalhadores, este modelo vem passando por processo de mudança, de tal modo que a função global de referência está sendo, paulatinamente, mais compartilhada entre mais de um profissional.

de *coisas erradas* que ela venha a fazer. Ela tem conversas individuais com O., mas considera sua referência mesmo a Dra. A., com quem passeia, quando está triste. Nesse caso, também parece haver uma pluralidade, bem articulada, de papéis e profissionais para assumi-los.

Ademir que, como veremos, se trata num CAPS que adota o modelo e equipe e profissionais de referência, diz que os profissionais mais próximos e confiáveis são a F. e o C., mas depois se lembra de dois outros. Conta que procura por eles quando não está bem e necessita de um apoio para suportar suas crises. Nesses momentos, avalia que costuma ser atendido de acordo com suas necessidades, ainda que seja preciso uma internação fora do CAPS, dado o seu estado de agressividade. É interessante notar que ele enfatiza a confiança que desenvolveu para com esses profissionais da equipe de referência e não demonstra claramente muitas especificidades na função de cada um, mas descreve: *a F. é a minha referência e o C. também é da minha referência*⁴³. Na sua fala fica explícita a organização do arranjo (equipes de referência, dentro das quais um dos profissionais é o técnico de referência de certo número de usuários), mas mantém-se implícita alguma diferenciação na posição que cada membro ocupa nas relações interpessoais que o envolvem.

Outra experiência peculiar acerca da relação entre o trabalho com equipe e profissional de referência é trazida por Silvia, usuária cuja narrativa também apresentaremos mais adiante. Ao descrever seu tratamento, ela coloca uma das profissionais de referência, a D., num lugar bastante importante: *ela toma conta de mim, ela é minha responsável, é ela que comanda tudo direitinho o que eu tenho que fazer. (...) a D. para mim representa tudo, ela é um anjo pra mim*. Silvia segue mostrando que a relação com D. estrutura seu dia-a-dia e o modo como se relaciona com outras pessoas. Porém, também consegue reconhecer relações significativas com outros profissionais da sua referência, como a médica, que a ajudou a conseguir o benefício do INSS, o que, hoje, a possibilita morar sozinha. Ela parece indicar a necessidade de uma presença constante e estrutural, com quem se relaciona primordialmente. Mas, tal relação requer certo arejamento, a ser efetuado pelas outras relações estabelecidas com distintos profissionais da equipe de referência, que exercem diferentes funções em seu projeto terapêutico. Devemos

⁴³ Grifos nossos.

notar, novamente, a necessidade de certa coesão da equipe, de modo que esse jogo de relações se estruture conforme as necessidades da paciente.

É interessante observar, nesse caso, que embora Silvia não se refira à equipe ou ao trio de referência e descreva uma vida permeada por relações duais, de profunda identificação, ela também reconhece o grupo de referência como um espaço significativo, *que é de todos os pacientes e faz bem*. Conta que esse grupo acontece todas as sextas-feiras e lamenta o fato de a médica não participar. Note-se que se trata de um espaço coletivo, habitado por usuários e profissionais⁴⁴ e que não parece gerar persecutoriedade na paciente, a despeito da proximidade das relações duais que ela estabelece com as profissionais que participam do grupo. Essa realidade nos leva a questionar se, justamente a oferta de um espaço coletivo, bem manejado, não está, para essa paciente, sustentando a possibilidade de vivências duais, baseadas na identificação e desprovidas de persecutoriedade.

Como são experimentados os espaços coletivos que se ligam ao arranjo de referência

O *grupo de referência* é um espaço coletivo, compartilhado pela equipe e pelos usuários. Viviane consegue diferenciá-lo da equipe de referência, mas os outros entrevistados tratam o grupo e a equipe como um mesmo arranjo e se detém na descrição do grupo. O que nos fica claro é o fato de o grupo se constituir como o espaço formal de encontro entre usuários e profissionais da equipe de referência. Helena conta que nesse grupo é feita uma roda e os pacientes falam de sua vida. Ressalta que não é possível falar muito, *porque há coisas que são particulares*, mas valoriza o fato de ser um espaço onde os profissionais perguntam para cada um se está bem e reconhecem quem *não está legal*. Ela lembra que, para isso, é necessário que os profissionais estejam sempre atentos. Portanto, trata-se de uma possibilidade de ter sua singularidade reconhecida, num ambiente coletivo. Ademir também descreve o grupo de forma análoga àquela utilizada por Helena, mas lamenta que um de seus técnicos de referência, o C., não possa participar, porque não trabalha no mesmo período em que o grupo ocorre. Ao reivindicar a presença de C., com

⁴⁴ Coincidentemente realizamos a entrevista com S. no mesmo período em que aconteceria esse grupo. Quando estávamos próximas a encerrar, ela apressou-se bastante, pois não queria se atrasar para o grupo. Evidenciou valorizar bastante esse espaço.

quem tem contatos individuais diários, ele deixa clara a valorização do envolvimento coletivo com esse espaço.

Viviane diz encontrar-se com duas de suas referências no grupo terapêutico⁴⁵. Não descreve o formato ou o funcionamento do grupo, mas se estende argumentando sobre a importância da existência de equipes de referência (por ela denominadas de *grupo de referência*) para a organização do CAPS. Ela defende:

Seria complicado se o CAPS não funcionasse como referência, porque são muitos pacientes. Se você trabalhar com pessoas que vão pegar o grupo inteiro, não haverá momentos de medicação, nem terapêutico. As psicólogas ficariam abarrotadas de serviço. O grupo de referência é válido pela demanda que tem no CAPS.

Já Karina, relata que existe um *grupo verbal*⁴⁶ no seu CAPS, mas diz não gostar, pois prefere conversas individuais. Laura⁴⁷ e Clara não se referem a esse espaço grupal.

Com esse quadro de experiências dos usuários, é possível identificarmos que o sentido e a localização que cada um deles oferece aos técnicos, equipes e grupos de referência se diferenciam conforme o modo como podem organizar suas relações interpessoais. Nesse contexto, a eficácia do arranjo parece se localizar na capacidade da equipe em adaptar suas estruturas de trabalho às diferentes necessidades dos usuários, permitindo certa plasticidade ao modelo escolhido.

Notamos ainda que os sentidos que os usuários atribuem ao trabalho de referência estão relacionados com a forma com que os familiares compreendem e experimentam o arranjo, nas suas diversas estruturas. A seguir apresentaremos as discussões construídas nos grupos focais de familiares da pesquisa avaliativa, acerca dessa temática.

A análise do arranjo, apresentada pelos familiares

⁴⁵ Trata-se de um espaço semelhante ao grupo de referência, constituído por dois profissionais e alguns pacientes.

⁴⁶ Equivalente ao grupo de referência

⁴⁷ Laura trabalha diariamente numa oficina de trabalho protegido e frequenta o CAPS para atendimentos individuais com sua técnica de referência e com sua psiquiatra. Assim, não participa de grupos.

Os familiares explicam que a equipe de referência é necessária porque não é possível cuidar de todos os pacientes ao mesmo tempo. Sendo assim, são divididos grupos de profissionais que cuidam de pacientes específicos: *tanto os pacientes, quanto os funcionários não estão todos no serviço no mesmo horário, então, tem uma turma que olha mais fulano, outra que olha mais ciclano*. Além disso, observam que, dentro dessa equipe, os pacientes *combinam mais* com um profissional ou outro, que é o seu técnico de referência. Trata-se daquele a quem o paciente é mais próximo e a quem eles, familiares, procuram logo que chegam ao CAPS. Quando em contato com o técnico de referência, dizem entender *de tudo o que está se passando*, pois esse profissional é quem *sabe melhor do paciente, que faz o acompanhamento direto, que anota tudo*.

Relatam que os técnicos referências os atendem na hora que solicitarem, estando sempre disponíveis para tirar todas as dúvidas, além de os auxiliar a providenciar os benefícios do INSS e o passe da Transurc⁴⁸. Alguns familiares têm encontros semanais com os técnicos de referências, outros os procuram nos momentos necessários, como situações de crise e uso de leito noite. Nessas situações, segundo seus relatos, os técnicos de referências os ajudam a entender o que está se passando com aquele que acompanham e lhes orientam acerca da forma adequada com que devem se portar.

Sobre a relação com o serviço como um todo e mesmo com a equipe de referência, especificamente, os familiares contam que podem procurar por outros funcionários no CAPS, mas estes, embora os atendam, costumam pedir que procurem pelos profissionais de referências, alegando serem eles os mais apropriados para falar melhor de seus irmãos, filhos ou conjugues. Note-se, portanto, que embora os familiares (de todos os CAPS, independentemente da forma de estruturação da equipe de referência) reconheçam a existência de um trabalho coletivo, bem como a disponibilidade de toda a equipe em atendê-los, acabam se referindo a uma atenção centrada numa única pessoa. Tal percepção vai de encontro às reflexões que os profissionais fazem num dos grupos focais, quando comentam que embora estejam fazendo um esforço de diluição do lugar do profissional de referência, alguma centralização permanece.

⁴⁸ Empresa de ônibus da cidade, que oferece passe gratuito para portadores de doença mental, mediante a apresentação de formulários e laudos médicos.

A centralização da assistência num profissional de referência se evidencia, na perspectiva dos familiares, quando eles lembram que é com o técnico de referência que os pacientes se encontram para fazer o PTI⁴⁹, uma sigla muito falada no CAPS, mas cujo significado dizem não conhecer ao certo. Sabem apenas que se trata do momento de encontro do paciente com o técnico de referência, encontro este que determina a frequência e os tipos de acompanhamento que caracterizarão o tratamento. Nesse sentido, os familiares concluem, afirmando que junto do remédio, a profissional de referência *ajuda muito a evitar os altos e baixos*.

Uma familiar, de um CAPS que trabalha com trios de referência, conta que a técnica de referência da sua irmã costumava ir até a casa dela e ajudá-la a fazer tricô, o que a estimulava a se manter no tratamento. Porém, ultimamente, essa profissional de referência tem estado sobrecarregada de trabalho e não tem podido fazer essas visitas com regularidade. Conseqüentemente, segundo a familiar *parece que ela [sua irmã] está esperando como antigamente, parece que ela quer o colo em casa* e, por isso, recusa-se a ir ao CAPS. Interessante notar que uma preocupação análoga surgira num outro grupo focal, composto de trabalhadores de um CAPS que trabalha com equipe de referência enquanto unidade de acompanhamento. Neste, uma profissional reflete que percebera que uma usuária precisava de um investimento diferenciado, como uma visita em sua casa. Mas, o excesso de trabalho a impediu de realizar tal visita, o que, na avaliação dela, contribuiu para que a paciente entrasse em crise.

As reflexões dos familiares trazem a questão da centralização do trabalho num técnico de referência de modo mais acentuado, levando-nos a questionarmos se esse quadro se deve a uma dificuldade de *diluição* de lugares, própria à equipe, ou a uma necessidade comum aos familiares, que não se encontram frequentemente no serviço, necessitando, por isso, centralizar seus contatos em uma pessoa apenas. Parece-nos relevante considerar também que os familiares, na sua maioria, dizem não participar de grupos de família ou outros dispositivos no CAPS, o que lhes impede de diversificar as relações com os membros da equipe do CAPS e de conhecer a dinâmica de trabalho coletivo do serviço. De todo modo, há indícios de que o arranjo, nesse caso estruturado primordialmente em

⁴⁹ Projeto terapêutico individual

técnico de referência, facilita a configuração de relações significativas entre profissionais e familiares, o que deve contribuir para a qualificação da atenção prestada.

5.5. Indicadores e dispositivos avaliativos

Para finalizarmos essa apresentação das discussões construídas pelos sujeitos da pesquisa, exporemos alguns dos Indicadores e Dispositivos Avaliativos elaborados na oficina sobre Projeto Terapêutico Individual (PTI). Note-se que se tratam de alguns balizadores, através dos quais os CAPS podem fazer um monitoramento avaliativo de seu trabalho de referência e, conseqüentemente, das construções dos PTIs.

Conforme explicamos em sessões anteriores desse texto, os indicadores e dispositivos foram confeccionados através de oficinas em que os próprios sujeitos da pesquisa avaliativa (usuários, familiares, profissionais dos CAPS, gestores dos serviços e da rede), acompanhados de outros atores da rede de saúde da cidade, trabalharam o material que eles mesmos construíram nos grupos focais. Nesse espaço de oficinas, porém, podiam associar as construções dos diversos grupos, seja comparando diferentes pontos de vista, identificando congruências e tensões, seja distinguindo desafios comuns. Portanto, os dispositivos e parâmetro que abaixo enunciamos, podem ser considerados como uma forma de elaboração, feita pelos sujeitos, acerca de parte dos *resultados* da pesquisa.

No que concerne à preocupação dos profissionais para com a qualidade das trocas e compartilhamentos dentro da equipe, e para com a centralização do trabalho de referência e da própria vida dos usuários num só profissional, foram construídos alguns indicadores e um dispositivo avaliativo:

- Porcentagem de pacientes que tiveram seu caso discutido no último ano. (os *silenciosos* estão sendo vistos?).
- Os pacientes são atendidos, em grupo ou individualmente, por outros profissionais, além do seu referência e do seu médico?
- Há equipe de Referência? É multiprofissional?
- A equipe de referência discute, pelo menos, dois casos por semana?

- Oficinas de capacitação para todos os profissionais dos CAPS, num formato em que os trabalhadores expliquem a seus colegas o modo e o referencial com que trabalha.

Em relação às necessidades de que o CAPS deixe de ser a única referência para o usuário, de que a relação do serviço com a rede seja incrementada e de que o processo de reinserção social seja qualificado, a oficina propôs os seguintes indicadores avaliativos:

- Porcentagem de pacientes que utilizam outros recursos da rede no seu PTI.
- Porcentagem de trabalhadores que participam de alguma atividade em serviços fora do CAPS (apoio matricial, fórum intersetorial, etc).
- Que outros laços os usuários conseguem fazer, além do CAPS (cultura, lazer, emprego, religiosidade).

Porcentagem de pacientes que têm algum problema clínico e são acompanhados regularmente no C.S.

Foram construídos ainda um indicador e um dispositivo avaliativo para monitorar a participação dos usuários e seus familiares na gestão do tratamento e do serviço, junto ao profissional de referência e ao restante da equipe:

- Quantas discussões do PTI são feitas, por ano, com o usuário e sua família?
- Oficinas de capacitação para usuários e familiares para explicação sobre os principais remédios e o modo como se estrutura o tratamento.

Cumpre-nos, a seguir, recuperar as tradições que sustentam nosso pensamento, apresentadas nas partes iniciais deste texto, e discutir as construções realizadas no nosso campo de pesquisa. Para tanto, baseados no método hermenêutico, voltaremos a algumas reflexões teóricas já apresentadas, bem como às construções do material empírico, até aqui elaboradas, de modo que possamos ampliar a compreensão do nosso objeto de pesquisa.

5.6 Clínica e organização do serviço: laços e nós

A construção do material empírico nos mostra que as diversas modelagens do trabalho de referência fazem uso da noção de *campo*, seja para remeter-se às necessidades subjetivas e práticas dos usuários, seja para explicar uma organização de relações, funções, tarefas, disciplinas e formas de conhecimento que estruturam o trabalho em equipe. Sendo

assim, visitaremos algumas tradições teóricas que discutem sobre esse conceito e podem lançar luzes sobre o nosso objeto de estudo.

O psicólogo Kurt Lewin (1965) traz uma das primeiras e fundamentais reflexões acerca da formação de grupos e, para tal, elabora seu conceito de campo. Segundo o autor, as pessoas, quando em relação, afetam-se de tal modo que constituem um campo dinâmico, cujas forças se encontram em constante interação. Trata-se de um jogo de forças, determinado pelos fatos psíquicos (afetos, emoções, pensamentos) e em permanente instabilidade. O que atesta a existência desse jogo são os seus efeitos sobre os sujeitos, efeitos esses que, ao mesmo tempo, constituem tais sujeitos. Nesse sentido, Lewin (1965) propõe que todos somos constituídos dentro de um campo dinâmico de forças interdependentes entre si. Note-se que, com essa teorização, ele tira o foco das explicações individualistas, vigentes em sua época, e defende que as ações individuais se organizam através da estrutura relacional que o sujeito estabelece com seu ambiente (Barros, 2007). Nesse sentido, o indivíduo e seu ambiente formam o campo psicológico, enquanto que o grupo e seu meio constituem o campo social (Lewin, 1965).

A partir dessas formulações, passa-se a trabalhar com a noção de dinâmica de grupo, entendida como um sistema de forças que produzem comportamentos. O grupo é caracterizado pela interdependência entre seus participantes e não por alguma semelhança ou afinidade entre eles, sendo uma unidade dinâmica que não pode mais ser identificada com os sujeitos que o compuseram (Lewin, 1965).

Desde Lewin, outros estudiosos vêm aprofundando ou transformando o conceito de campo ao considerar variáveis que incidem sobre ele, tais como as formações discursivas, os jogos de poder e os mecanismos inconscientes (Barros, 2007). Interessa-nos aqui, porém, enfatizar essa noção de jogo dinâmico de diversos tipos de forças que configuram um campo constituinte de sujeitos e modos de trabalho. Para nossos estudos, consideraremos que as variáveis que incidem sobre o campo estão a serviço de sua constante desestabilização e, portanto, da construção de novas configurações de relação interpessoal e de conseqüentes práticas.

No que diz respeito aos mecanismos inconscientes que podem envolver a noção de campo, Coelho Jr. (2008) se utiliza da psicanálise para trazer algumas contribuições que nos parecem apropriadas à reflexão que vimos desenvolvendo, ainda que originalmente

pensadas para o contexto do tratamento psicanalítico. O autor propõe a concepção de um *campo comum*, caracterizado pelo compartilhamento de um espaço e de um tempo, sem a eliminação das diferenças e permeável a encontros e desencontros, uniões e desuniões, convergências e divergências, bem como ambigüidades.

Diferentemente do que concebe Lewin (1965), nessa acepção se aceita um constante deslize do particular para o comum e vice versa, havendo “[...] porosidade e embricamento no plano inconsciente e não polaridades irreconciliáveis [...]” (Coelho Jr, 2008. p.75). Ou seja, além de admitir a existência de um campo de forças interdependentes, o autor propõe que essas forças, emanadas de sujeitos concretos, podem se compor e decompor, de modo que o individual pode se destacar do campo, sem que este precise se desfazer. Ao mesmo tempo, as subjetividades são constituídas pelo campo que, por sua vez, não retrata uma simples união delas, mas um jogo dinâmico de forças. Portanto, as diferenças, proximidades e distanciamentos são próprios do campo, conferem-lhe diversificadas formas, não estando a serviço de seu desmantelamento.

O autor ainda destaca que o *campo comum* se caracteriza como uma experiência paradoxal: por um lado, ela ocorre num plano em que sujeito e objeto não se encontram categoricamente separados, já que compartilham de um tempo psíquico e um espaço físico e emocional comuns. Mas, simultaneamente, ela ocorre no plano marcado pela existência concreta de subjetividades separadas e atravessadas por regras, leis e situações. Assim, o campo se constitui, paradoxalmente, por uma experiência de atravessamentos de subjetividades ou compartilhamentos emocionais e, ao mesmo tempo, de possibilidades de diferenciação e reestabilização.

Ao discutir o funcionamento das equipes de serviços de saúde mental, Moura (2003) propõe que as reuniões de equipe devem se configurar através de uma condição paradoxal, que autor remonta a Oury (1986). Trata-se de um espaço em que é possível viver, ao mesmo tempo, a simbiose e a diferenciação, de tal modo que a identificação entre os membros da equipe lhes permite viver suas dificuldades interiores num processo dialógico, que conduz ao crescimento. Nas palavras do autor: “[...] As reuniões são, por conseguinte, também lugares de articulação de diferentes possibilidades de cada um de nós, de cada membro do pessoal ser sentido de modo diferente, [...]” (Moura, 2003, p.79). Portanto, as equipes se configurariam num constante processo de identificação e

diferenciação, processo este profícuo para a experimentação das paixões mais profundas, mas também para suas elaborações, através do trabalho cotidiano.

Uma aplicação importante da noção de campo na área da saúde foi formulada por Campos (1997), que indica a utilização do conceito para a discussão da organização do trabalho nos serviços de saúde. Criticando a excessiva ênfase na especialização da área médica, o autor propõe uma estrutura de trabalho baseada na relação dinâmica entre núcleo e campo de competência. Este último seria um espaço de fronteiras flexíveis, que compreende relações entre diversos saberes constituintes de uma *disciplina-raiz*. Segundo o autor, a conformação dos campos se dá através de negociações provisórias e intermináveis, já que se baseia em necessidades da clientela, recursos do contexto e diversos interesses (políticos, profissionais, dentre outros). Se trouxermos para essa proposta as reflexões de Lewin (1965) e Coelho Jr. (2008), poderíamos pensar num espaço constituído por saberes, tecnologias, modos de atuação, discursos, necessidades e tipos de relações que, em contínuo movimento de afetação, integração e desintegração, produziriam formas de trabalho mais ou menos delimitáveis, ou seja, constituiriam campos de ação pautados em determinados modos de organização coletiva das relações e das práticas.

Conforme enunciamos no início desse texto, baseando-nos em Campos (2003), é nossa proposta entendermos as equipes de referência como um campo, conformado pelo jogo de forças acima descrito. Ou seja, tratá-la como um espaço dinâmico de contínua interação entre diversas variáveis, o que lhe impede de admitir uma conformação rígida e deslocada das características factuais dos membros que a compõe e do espaço sócio-político que a compreende e constitui. Supomos que essas categorias teóricas poderão nos ajudar a trabalhar as informações, discussões, problemas e potencialidades que os sujeitos da pesquisa trazem acerca desse arranjo de referência.

Colocando os conceitos a trabalhar: dificuldades e potencialidades do trabalho em equipes de referência

Como vimos, os trabalhadores enfatizam que o trabalho em equipe de referência aumenta a circulação de conhecimentos, descentraliza o poder, promove o compartilhamento das incumbências práticas e das vivências afetivas, coletiviza as decisões e possibilita que a clínica seja feita por muitos, o que é condição para o trabalho com a

psicose. Essa avaliação nos faz pensar na configuração de um campo permeado por forças em constante movimento, capazes de afetar umas às outras, mas também realizar composições, caracterizadas pela construção do caso⁵⁰.

Os grupos focais com trabalhadores, no entanto, também nos mostram que há uma dificuldade para suportar a vivacidade desse jogo de forças constituinte das equipes de referência, bem como a condição de flexibilidade e contínua mudança que ele impõe. Localizamos tal dificuldade nos momentos em que os profissionais se queixam de que o trabalho de referência exige uma diversidade de atuações, muitas delas distantes dos seus núcleos de formação. Talvez possamos, inclusive, associar a essa diversidade as tarefas burocráticas, de cuja execução tanto reclamam. Entretanto, no nosso entendimento, trata-se de um problema a ser suportado (segundo o sentido ligado às idéias de ser *tolerado* e ser *sustentado*), mas não resolvida, já que o alargamento das fronteiras disciplinares é condição para a conformação do campo e, conseqüentemente, da equipe de referência. Assim, Campos (1997) admite que o trabalho no campo, protagonizado pelas equipes de referência, exige dos profissionais certo grau de polivalência.

Há que considerarmos, nesse aspecto, a advertência feita por um dos grupos de trabalhadores, que defende que o campo não pode admitir qualquer tipo de *mistura* e se desfazer de habilidades delimitadas pelos núcleos disciplinares, pois estas se mostram úteis na organização das ofertas de tratamento. Tal reflexão nos remete à proposta que Coelho Jr. (2008) faz de que o campo admita a condição paradoxal de ser delineado por uma indiferenciação entre sujeito e objeto, que lhes permite o compartilhamento de tempos e espaços comuns (o que poderia favorecer o aparecimento dessa sensação de que no campo ocorre uma *mistura*, que parece ser ansiogênica para os trabalhadores) e, ao mesmo tempo, pela presença concreta de subjetividades separadas entre si. Ou seja, não se propõe que as identidades sejam perdidas, mas sim enriquecidas através dessas trocas e compartilhamentos.

⁵⁰ Expressão cunhada por Viganó (1999) para designar o trabalho de compreensão do paciente a partir do que ele diz acerca de sua relação com o mundo (com a linguagem, as leis, o sistema sócio-cultural que o cerca) e consigo mesmo. Trata-se da apreensão dos sinais que o paciente apresenta sobre o modo como organiza sua subjetividade e, conseqüentemente, sobre a forma como significa e experimenta sua doença. Esse trabalho se opõe a uma prática de conhecimento do paciente calcada em saberes externos a ele, não submetidos à organização dele. Mais adiante, voltaremos à discussão do trabalho de construção de caso como um dos pilares que pode configurar as equipes de referência.

A condição paradoxal descrita pelo autor é permeada também pelas regras, leis e situações do contexto de configuração do campo. A nosso ver, além dos padrões normativos que envolvem o trabalho nos CAPS e na área de saúde em geral, as equipes de referência são atravessadas pela necessidade de se conformar a um tipo de objeto de trabalho que impõe uma relação temporal e espacial própria. Assim, ao lidar com a psicose, em suas mais diferentes manifestações, os trabalhadores se vêm envolvidos com formas de conceber e experimentar o tempo e o espaço distintas daquelas que costumam organizar o dia-a-dia dos neuróticos. A descrição, que alguns pacientes fazem acerca dos cuidados de que necessitam nos momentos de crise, nos oferecem algumas mostras dos modos diferenciados de habitação dos espaços e do tempo. Clara, por exemplo, explica que em suas crises é necessário certo alargamento de espaços, de modo que a proximidade das pessoas não desperte sua agressividade. Ela aponta que a equipe sabe como lhe proporcionar esse alargamento e ajudá-la a se acalmar.

Supomos que tal diferença, indicada pelos usuários no que diz respeito a sua relação com o tempo e o espaço, seja responsável por parte das angústias dos trabalhadores e pela sensação destes de estarem excessivamente *misturados*. Essas angústias são bem ilustradas quando um dos grupos desabafa que a discussão coletiva dos casos, oportunizada pelas equipes de referência, *faz explodir coisas do paciente que antes não eram vistas*, aumentando suas preocupações e seu envolvimento com aquele usuário. Assim, quanto mais as equipes de referência funcionam como um campo de trocas e compartilhamentos, mais é possível se aproximar da singularidade dos pacientes e flexibilizar a atenção que lhes é oferecida, de acordo com que necessitam, o que tende a aumentar os graus de responsabilização e sensibilização pelo caso. Porém, como alerta outro grupo, é justamente esse tipo de *flexibilidade*, próprio ao campo de trabalho da equipe de referência, que oferece aos profissionais as condições para se colocarem *disponíveis* diante dos pacientes.

Acerca da condição de flexibilidade, assumida pelo arranjo, podemos fazer uma relação (ainda que indireta, dadas as diferenças de contexto e de estruturação dos programas) com resultados de pesquisas sobre a eficácia dos Programas de Treinamento para a vida em comunidade – PAC – e do *Case Management*, que admitimos guardar alguma analogia com o arranjo de referência brasileiro. Alguns estudos mostram que a flexibilidade desses programas permite que eles atendam à grande heterogeneidade que

caracteriza sua população-alvo e às mudanças de perfil e necessidade das comunidades. É interessante notar que tal flexibilidade é exemplificada através da capacidade dos programas de se associar a outras modalidades assistenciais, oferecendo diferentes abordagens terapêuticas aos usuários. Assim, os pesquisadores afirmam que a possibilidade de ser flexível é um dos fatores que condicionam a eficácia dos programas (Machado, et al., 2007).

Algumas condições para suportar o tipo de relação que o campo requer, sem *perder a identidade*, parece-nos ser garantidas, pelo menos em parte, pelas reflexões acerca do trabalho de equipe, elaboradas por de Oury (1991). Conforme apresentamos anteriormente, o autor adverte que a capacidade dos membros da equipe de levar em conta “a si mesmos e ao outro na sua qualidade de presença” é essencial para a construção de um ambiente de convivência e respeito, capaz de acolher a complexidade da problemática que o psicótico traz consigo. Nesse sentido, as equipes de referência precisariam se configurar de tal modo que nelas coubessem os jeitos próprios de cada profissional e cada usuário experimentar seu tempo e seu espaço, pelo menos no que se refere à situação que lá vivem, seja de trabalho ou de tratamento. Paradoxalmente, ao mesmo tempo, esses *jeitos próprios* estariam em constante contato, conformando um *campo comum*, o que lhes tiraria parte de suas especificidades.

Em sua narrativa, Joana nos mostra que pode habitar a equipe a seu modo e no seu tempo, garantindo um respeito a necessidades cujas formas de conciliação requerem muita sutileza. Por um lado, ela precisa ter garantida a sua liberdade (não só de sair do serviço ou de não participar do grupo de referência, mas também de passar um tempo cuidando da mãe em detrimento do cuidado consigo, sem ser cobrada pelos profissionais que a acompanham). Por outro lado, ela valoriza uma atenção constante e intensa da equipe, e em especial de sua técnica de referência, que *é a do dia a dia* e que identifica seus sentimentos, sem que ela os tenha falado ou mesmo percebido.

Na perspectiva dos profissionais, porém, essa questão parece se colocar mais como um desafio que vem sendo enfrentado, do que como uma realidade já estruturada. Assim, parecem se interrogar: como conjugar as diferentes *qualidades de presença*? Como permitir, que as construções de caso cumpram com sua função de educação continuada, tal

como foi questionado por um dos grupos? Como evitar as centralizações de responsabilidade e poder sobre um caso?

Aproximando a proposta de Oury (1991) à concepção de *campo comum*, concluiríamos que o campo admite as singularidades, mas as coloca em contato, seja para uma composição, um embate ou quaisquer outros movimentos. Coelho Jr. (2008) lembra que o campo também admite dissonâncias e desencontros. Entretanto, há que se insistir que o campo configurado por uma equipe deveria garantir um espaço de existência e circulação para as singularidades de todos aqueles que a compõem, afim de que fosse possível a construção de um trabalho coletivo e, conseqüentemente, permeável às diferenças e incongruências trazidas pelos usuários do serviço constituído por tal equipe. Ou seja, para suportar as diferenças de cada usuário, seria imprescindível que a equipe fosse capaz de fazer boas composições entre as diferenças de seus próprios membros. Note-se que fazer composições não implica em anular as diferenças, mas sim em assumi-las e colocá-las para dialogar entre si.

Ao estudar a dinâmica de funcionamento de um CAPS da cidade de Salvador, Nunes et al. (2008) admitem que a pluralidade de técnicas e abordagens teóricas, utilizadas num serviço, é enriquecedora. Entretanto, pontuam que quando as diferenças são negadas, constituindo-se como um sincretismo incoerente, os profissionais podem negligenciar o caráter concorrente que lhes é intrínseco e incorrer em práticas cindidas, contribuindo para o aumento da vivência de fragmentação dos usuários. Segundo os autores, a instauração de um trabalho interprofissional, em que as diferenças dialogam entre si, sem se perderem uma nas outras, requer que os profissionais tenham conhecimento técnico e comprometimento sócio-político para com seu trabalho e o outro (seja ele o colega ou o usuário). Por outro lado, esses trabalhadores precisam contar com espaços de supervisão e formação permanente, além de uma rede de cuidados em Saúde Mental.

A respeito da instauração de um trabalho comum, sem a anulação das diferenças, Oury (1986) lembra que um coletivo é constituído, essencialmente, de heterogeneidade. Trata-se de tonalidades, de estilos de abordagem ou de encontros que, de fato, mostram-se diferentes uns dos outros. Para o autor, o importante é que os pacientes contem com a possibilidade de poderem *passar* de um lugar ao outro, de uma pessoa a outra. Nesse sentido, ao comentar o tema, Moura (2003) aponta que o coletivo de uma instituição

abrange mais do que aquilo que se refere ao tratamento psicoterápico, seja este individual ou grupal. Ele se faz a partir de relações dinâmicas, determinadas pela multiplicidade de questões que envolvem o serviço, mas também atravessada por infinitas instituições e sustentada num coletivo maior, representado pelo Estado e a sociedade. Portanto, ao pensarmos em estruturas coletivas, ou *campos comuns*, conforme vimos defendendo, devemos nos remeter a uma “máquina abstrata muito complexa” (Oury, 1986), sustentada em relações de numerosas ordens mas, essencialmente, porosa para o trânsito entre essas relações.

Algumas categorias para a reflexão acerca das diferenças que compõe a equipe de referência

O debate acerca da coexistência de singularidades pode ser incrementado sob a perspectiva das especificidades de núcleos profissionais, através de contribuições de Onocko Campos (2005a). A autora defende a necessidade de que a Saúde Coletiva valorize os conhecimentos técnicos a serem desenvolvidos pelos trabalhadores, reconhecendo as diferenças de formação e colocando as especificidades profissionais a serviço da eficácia da atenção. Nesse sentido, ela adverte que a insegurança técnica produz uma ampliação da demanda e, ao mesmo tempo, sua banalização, a partir da burocratização (tudo é sentido como tão intenso e confuso, que não pode ser enfrentado. Conseqüentemente, criam-se protocolos que servem para proteger o profissional de tal enfrentamento). Além disso, a desqualificação técnica contribui para a centralização do poder naqueles profissionais a quem se atribui algum conhecimento especializado, como costuma ocorrer com os médicos.

Ao fazer tais apontamentos Onocko Campos (2005a) não está propondo a organização de serviços divididos em setores especializados. O que a autora defende é que os aprofundamentos técnicos, alcançados através das especializações, possam existir sem desencadear processos de cisão do usuário. Nesse sentido, ela advoga que é o modo de organização do serviço e suas relações que determinará se a técnica se constituirá “como alavanca de novos processos criativos, abertos à diversidade, acolhedores da diferença; ou [funcionará] como receita prescritiva, guarda-chuva defensivo contra aquilo que no outro nos ameaça” (Ibidem, p. 570).

A partir de um estudo acerca do conceito de interdisciplinaridade, Furtado (2007) traz apontamentos que poderão contribuir com a discussão que aqui estamos construindo. Baseando-se em estudiosos tais como Jantsch e Biachetti (2000), o autor critica uma noção ingênua de interdisciplinaridade, segundo a qual é esperado um retorno a uma unidade de conhecimento holística, a ser construída através da boa vontade dos trabalhadores em se unir. Diante desse quadro, defende que a interdisciplinaridade ganha importância na medida em que pode identificar e nomear uma *mediação* possível entre saberes e competências, garantindo uma convivência criativa entre as diferenças. Nessa perspectiva, segundo o autor, evita-se a proposição de um tipo de trabalho que torna as identidades profissionais homogêneas e nega todo o processo de busca de diferenciação, pelo qual costumamos passar quando procuramos uma formação universitária. Ao mesmo tempo, fica evidente a insuficiência dos diversos campos disciplinares o que, conseqüentemente, permite o “[...] tráfico de sujeitos concretos e de conceitos e métodos entre [...]” diferentes áreas de conhecimento (Furtado, 2007, p. 245).

No âmago dessa discussão, Furtado (2007) aponta alguns cuidados que o trabalho interdisciplinar requer, cuidados estes que nos parecem ter ressonância com certas preocupações que os sujeitos da nossa pesquisa colocaram para com o trabalho no campo. Segundo o autor, a prática da interdisciplinaridade, na área de saúde, exige o enfrentamento do antagonismo entre duas lógicas: aquela pautada na necessidade de *diferenciação* e sustentada pela profissão, e aquela pautada pela *integração*, que se apóia no trabalho de colaboração interprofissional. Partindo de tradições teóricas distintas, Furtado (2007) faz uma proposta que parece aproximar-se do que vimos acima discorrendo acerca do trabalho num *campo comum*: ele lembra que a maioria dos profissionais busca uma certa especificidade ao cursar suas faculdades. Nesse sentido, devemos considerar que “[...] o desafio de promover a colaboração não deve ser levado à frente negando uma especificidade duramente alcançada, mas tentando estabelecer **pontes** entre posições inicialmente antagônicas” (Furtado, 2007, p. 245, grifo do autor da tese).

Entendemos que tais *pontes* poderiam responder, pelo menos em parte, às indagações que os trabalhadores dos grupos focais fazem em relação ao trabalho em equipe de referência, quando temem as conseqüências perniciosas das *misturas*, ou quando observam que a discussão de caso não está servindo como um dispositivo de educação continuada.

Inferimos que tais indagações possam estar identificando a necessidade de alguma mediação entre os distintos saberes que compõem a equipe de referência, o que pode denotar que a equipe está configurada como um espaço permeável às diferenças, mas estas ainda necessitam de *pontes* que lhes facilitem o *tráfego* para além de seus espaços específicos. Pontes que lhes permitam ir e vir, fazer contato com o outro e consigo, garantindo um asseguramento identitário, mas relacionado a uma identidade em processo de aprofundamento, já que permeável ao contato contínuo com o outro.

Furtado (2007) reconhece a complexidade que envolve a implementação de um trabalho interdisciplinar nos serviços do SUS, já que se trata de um setor constituído por especialidades, regidas por seus órgãos de regulação legal do exercício profissional, bem como por interesses ligados à reserva de mercado e pela necessidade de enfrentar as vicissitudes do contato com um tipo de objeto de trabalho caracterizado pela dor e pela morte. Nesse sentido, o autor resgata a proposta de Campos (1999), tal como descrevemos em sessões anteriores desse texto, e defende que a organização dos serviços em equipes de referência pode favorecer a colaboração inter-profissional e a coletivização da responsabilidade pelos casos.

O autor nos alerta, porém, para mais algumas dificuldades impostas por esse tipo de trabalho pautado na colaboração interprofissional, ao lembrar que à medida que os casos são construídos conjuntamente, o grau de autonomia individual dos trabalhadores decresce, o que pode ser particularmente ansiogênico para alguns. Entretanto, tal decréscimo se coloca a favor do aumento da autonomia da equipe de referência como um todo, frente aos problemas a serem enfrentados no dia a dia. Essa tensão entre autonomia individual e autonomia da equipe parece retratar os dilemas que os profissionais enfrentam diante da questão da responsabilização do profissional de referência e da dificuldade de aumentar o compartilhamento de funções e responsabilidades. Portanto, as equipes de referência se colocam como um lugar de construção da interdisciplinaridade, mas ao mesmo tempo, como palco para a atuação das tensões que ela envolve. Nos parece que essas tensões são particularmente grandes no trabalho em saúde mental, em função da necessidade de se estruturar uma atenção que contemple, concomitantemente, centralização e diluição de relações, tal como nos ilustra a narrativa de Joana.

O debate acerca das dificuldades ligadas à comunicação e ao compartilhamento entre profissionais

Esse quadro, que estamos retratando como uma espécie de jogo entre centralização e diluição das relações, é discutido por Furtado (2007) numa outra perspectiva, segundo a qual as equipes de referência podem ser valiosas para se evitar a estruturação de relações especulares entre terapeuta e paciente, próprias de tratamentos de doenças crônicas, que envolvem longo período de acompanhamento. Tal apontamento nos parece consonante à idéia de que a equipe de referência permite a *diluição da transferência*, tal como defendido no grupo exposto acima. Ao contribuir para que os profissionais evitem as relações especulares com seus pacientes, as equipes de referência estão também conformando um campo coletivo, tal como concebido por Oury (1986), já que ela cria possibilidades para que os usuários *passem*, ou circulem de um lugar para outro. Entretanto, Furtado (2007) assevera que a importância da equipe de referência não deve levá-la a ocupar um lugar central no serviço, cujo foco, ele adverte, deve ser mantido no usuário.

Os profissionais que participaram da nossa pesquisa nos mostram que mesmo admitindo a eficácia das equipes de referência (que estamos aqui tratando como um *campo comum* de trabalho), encontram problemas para manter a vivacidade desse campo. Queixam-se de que, ainda que respeitem os espaços de discussões coletivas, sempre acabam por deparar-se com centralizações de poder e sensações de impotência e persecutoriedade. Interrogamo-nos, então, acerca de outros fatores que estariam contribuindo para essa problemática e que mereceriam cuidado quando inseridos no trabalho das equipes de referência.

Como vimos, aqueles que se organizam em trios de referência avaliam que tal configuração é boa para garantir uma efetiva responsabilização dos profissionais pelos casos que acompanham. No entanto, reconhecem que a equipe é utilizada apenas como um espaço de discussão dos casos, o que não garante que seus membros conheçam suficientemente todos os pacientes. Sem desconsiderar algumas das explicações que os próprios trabalhadores encontram para a dificuldade de conhecer todos os casos (como o número deles), algumas hipóteses nos parecem poder contemplar esses problemas. Conforme já indicamos, ao comparar como os trabalhadores experimentam as diferentes modelagens do trabalho de referência, nos parece que a divisão em duplas ou trios provoca

subdivisões que os próprios trabalhadores reconheceram configurar *uma mini-equipe* dentro da outra, o que pode criar novos núcleos de relações ou as conhecidas *panelinhas*, impedindo algum grau de horizontalização das discussões e práticas.

Os profissionais que trabalham com o modelo hegemônico de equipes de referência, por sua vez, também desabafam que, embora avaliem o arranjo como eficaz, muitas vezes, não conseguem se comunicar nem, tampouco, fazer da equipe de referência um lugar de aprendizagem contínua. Atribuem à gerente do serviço o trabalho de lidar com essas equipes e qualificar os processos de comunicação e compartilhamento do trabalho entre colegas.

Campos e Domitti (2007) podem contribuir com essa análise de que as equipes de referência não garantem que a construção do caso, bem como o conhecimento e as práticas, sejam sempre compartilhados. Investigando a organização e a prática das equipes de referência nas Unidades Básicas de Saúde, os autores identificam que o trabalho de referência, por si só, não garante que as várias formas de concentração de poder sejam anuladas. Nesse sentido, apontam que entre os problemas que envolvem o arranjo estão os quadros de alta competitividade e concorrência próprios das organizações de trabalho contemporâneas. Estes quadros produzem padrões de subjetividade reativas e paranóicas, levando os profissionais a cristalizarem-se em seus núcleos de saber e a atacar o que deles parece se diferenciar. Portanto, além da implantação do arranjo, há que se promover métodos para analisá-lo e para promover a circulação de afeto e palavra nas relações que ele apreende.

Conforme apresentamos acima, os participantes das Oficinas de criação de parâmetros e dispositivos avaliativos mostraram-se sensíveis a essas questões e conseguiram delinear algumas formas para seu enfrentamento. Dentre elas, podemos destacar a criação de oficinas de capacitação, feitas pelos próprios profissionais, cuja função seria expor seu modo e referencial de trabalho. Outra oportuna indicação foi o monitoramento avaliativo de algumas atividades, tais como o número de discussão de casos, a discussão dos casos *silenciosos* e o atendimentos ao paciente feitos por outros profissionais que não o seu técnico de referência. Certamente, esse formato de oficina e de avaliação, contribuiriam não apenas para que os profissionais conhecessem melhor o

trabalho uns dos outros, mas também para que identificassem afinidades, lacunas nas quais precisariam de contribuição e diferenças a serem manejadas ou, simplesmente, respeitadas.

No que se refere à formulação dessas técnicas de avaliação do trabalho de referência e seus efeitos, entendemos, ainda, que a Pesquisa Avaliativa promoveu um efeito político de inclusão e estímulo à ação dos participantes na proposição e acompanhamento de aspectos da política pública. Ao fazê-lo, permitiu que os diferentes protagonistas reconhecessem sua potência de análise e gestão, o que deve lhes garantir alguma qualificação da organização de seus trabalhos (Alvarez et al., 2007).

As reflexões de Onocko Campos (2005a) podem contribuir para aprofundarmos mais alguns aspectos das dificuldades enunciadas pelos trabalhadores. Discorrendo acerca das narrativas que se produzem a partir do encontro de usuários e trabalhadores da área de saúde, a autora se remete ao referencial psicanalítico para defender que a realidade de trabalho na área da saúde, caracterizada, essencialmente, pelo contato com a dor (física e psíquica) e a morte, produzem modos de enfrentamento muitas vezes sintomáticos. Estes, se expressam nas narrativas dos trabalhadores através de alusão a estados passionais, ideologização, somatização e burocratização. Valendo-nos dessa reflexão e das produções dos grupos focais com trabalhadores dos CAPS, poderíamos acrescentar a essas narrativas as sensações de onipotência e impotência, bem como a persecutoriedade, quadros esses que, como sabemos, são próprios de processos de identificação com estados psicóticos.

Onocko Campos (2005a) reconhece que as dificuldades dos profissionais em trabalhar conjuntamente e as falhas de comunicação podem se configurar como sintomas produzidos pelos processos de identificação da equipe com a própria realidade de trabalho. Diante dessa constatação, a autora defende que o espaço de gestão exerça a função de lidar com esses sintomas, colocando-se como um espaço subjetivo comum, capaz de operar coletivamente as questões do serviço. Note-se que não se trata aqui de esperar que a gerente do serviço se incumba da tarefa de promover o compartilhamento de práticas e conhecimentos dentro da equipe, tal como idealiza um dos grupos de trabalhadores. O que a autora propõe é que a gestão se constitua “[...] como uma instância, com um lugar e um tempo onde se possa experimentar a tomada de decisões coletivas e analisar situações com um grau de implicação maior em relação àquilo que é produzido [...]” (ibidem, p. 577).

Trata-se de *lugar e tempo* compartilhados, o que conforma um *setting* subjetivo que, a nosso ver, pode ser vislumbrado a partir da idéia de *campo comum* que discutimos acima.

É possível concordarmos, contudo, que caberia à gerente do serviço protagonizar a construção e manutenção dessa instância coletiva de gestão. Entretanto, ainda nos apoiando em Onocko Campos (2005a), ressaltamos que tal instância teria a função de possibilitar a circulação da fala e da auto-reflexão, aumentando o grau de análise das práticas, mas também a compreensão e o manejo dos estados pulsionais inconscientes, sobre os quais se constroem os sintomas do trabalho. Nesse sentido, sem desconsiderar o valor de dispositivos como as reuniões de equipe e as assembléias, parece-nos viável sugerir que as equipes de referência possam se configurar como um espaço privilegiado para a conformação de alguma *instância de gestão*, na medida em que é nelas que se trabalha a construção do caso e se depara com as questões que movimentam o trabalho, mas impõe os sofrimentos que acima comentamos.

A construção do caso clínico como elemento agenciador das trocas e compartilhamentos

Para sustentarmos essa proposta vale retomar algumas reflexões sobre a *construção do caso*, a que nos referimos anteriormente. Conforme indicamos, Viganò (1999) defende uma construção de caso – *a construção do caso clínico* – que se faça a partir do trabalho subjetivo do paciente e não dos diversos saberes previamente adquiridos pela equipe. Não se trata de abandonar quaisquer conhecimentos de psicopatologia, psicofarmacologia ou sociologia, mas de submeter essas formulações teóricas ao crivo do paciente, ou seja, de identificar como ele organiza suas experiências e os conhecimentos que dela são feitos previamente, e como se organiza diante de tudo isso.

Figueiredo (2004) esclarece o caráter coletivo da construção de caso quando aponta que o termo *construção* nos remete a um esforço para partilhar elementos de cada caso, em um trabalho conjunto. Trabalho conjunto porque esses elementos são expressos nas diversas relações que o sujeito do caso estabelece, a partir dos laços transferenciais que vão se constituindo com os diferentes membros da equipe, independentemente de núcleo de saber e do grau hierárquico que estes possuem. Trata-se sempre de uma construção parcial, que orientará certas condutas da equipe, mas que pode ser modificada, de acordo com novos acontecimentos. A heterogeneidade da equipe deve permitir que os elementos

colhidos do sujeito direcionem seu tratamento, impedindo a manutenção de um modelo de reabilitação pedagógico e moral. Procura-se, assim, dar o suporte que o sujeito requer para construir e contar a sua história, aproximando-se da sua verdade, ao seu modo.

Baseando-se na proposta de Viganó (1999), Andrade (2007) faz uma análise acerca das diferenças entre as práticas de *Construção e Discussão de caso*. A autora defende que na *discussão de caso* trabalha-se com saberes previamente estabelecidos e com uma investigação científica e moral do caso, sem a efetiva participação do sujeito desse caso. Conseqüentemente, em detrimento de trocas e compartilhamentos, prevalecem as figuras daqueles profissionais que detém algum lugar de saber na instituição ou de poder sobre aquele paciente, profissionais estes que trabalham segundo o seu núcleo de competência. Com isso, são formuladas propostas terapêuticas que fazem sentido para um padrão moral e científico de alguns trabalhadores, mas que não têm, necessariamente, ressonância com o paciente.

Se admitirmos essa análise, podemos apontar que algumas das questões que os trabalhadores apresentam como problemáticas no trabalho em equipes de referência podem decorrer, ainda que parcialmente, da adoção de um modelo, ou de posturas clínicas, ainda calcadas numa lógica manicomial. Ou seja, ao utilizar a equipe como espaço de *discussão de caso*, os trabalhadores podem estar recaindo num modelo de operar baseado em saberes prévios, que implicam relações de poder. Podem estar esperando conhecer o caso e lhe indicar ações terapêuticas, a partir daqueles que dele sabem (geralmente, os profissionais de referência). Diante disso, fazemos a hipótese de que nesse aspecto pode residir a raiz de alguns problemas discutidos pelos trabalhadores, como a centralização das responsabilidades pelo paciente e a dificuldade em colocar as discussões a serviço de uma educação continuada.

Nesse contexto de reflexão, propomos que as equipes de referência passem a estruturar seu trabalho, essencialmente, a partir da construção de caso. Na verdade, tratar-se-ia de uma estrutura a que os profissionais já defendiam num dos grupos, ao dizerem que o trabalho em equipe de referência fora construída a partir de uma visão *usuário-centrada*, e que se mostra como *um lugar privilegiado para construir o caso, sendo o paciente o operador dessa construção*. Retomando a idéia de interdisciplinaridade como *ponte* (Furtado, 2007), propomos que o usuário permaneçam como o centro da atenção, mas que

os espaços dessa atenção sejam permeados pelas ditas *pontes*, cuja matéria prima seria a construção do caso clínico do usuário. Portanto, a construção não estaria apenas a serviço da estruturação da assistência, seu objetivo primeiro, mas também do estabelecimento de vias de circulação de diferenças entre os profissionais.

Entendemos, porém, que algumas ressalvas devem ser feitas em relação à defesa da idéia de *construção* em detrimento da *discussão* do caso. Primeiramente, há que se lembrar que *construção de caso clínico* diz respeito a uma terminologia da área da psicanálise, ramo de saber não adotado por todos os profissionais. Assim sendo, devemos admitir que, em alguns grupos, os profissionais não estavam defendendo um trabalho manicomial, que se coloca para além do paciente, quando ressaltavam a necessidade de *discutir* os casos. Sabemos que, em certos grupos, os trabalhadores advertiam para a necessidade de *discutir* o caso para descentralizar os saberes que sobre ele se colocavam, o que nos mostra uma acepção do termo *discutir* diferente daquela aludida por Andrade (2007). Ou seja, independentemente da corrente teórica que a equipe escolha, nossa proposta é de adoção de uma ética⁵¹ que permita que a clínica seja dirigida pelo paciente, com sua forma de experimentar o mundo, narrá-lo e se colocar diante dele. Nesse sentido, o paciente daria os contornos do *campo comum do trabalho de referência* e os núcleos de competência, imprescindíveis, se colocariam a disposição desse campo, numa relação mediada pela *construção do caso clínico* ou do *projeto terapêutico individual*.

Uma outra ressalva a ser feita para a nossa proposta é aquela que diz respeito a certo cuidado para que a dita *construção de caso* não se transforme em mais uma especialidade de saber, delegada a certas categorias profissionais, o que nos remeteria, novamente, às polarizações de saber e poder, que se cegam para o trabalho subjetivo feito pelos usuários. Um dos grupos focais ilustra essa questão quando atribui, pelo menos em parte, a dificuldade de discussão e compartilhamento vivida pela equipe às tentativas de enquadrar o paciente nas *igrejas teóricas*, como o seria a *Santa Igreja Psicanalítica*.

O arranjo equipe de referência como catalisador da relação clínica-gestão

⁵¹ No último capítulo deste texto apresentaremos uma discussão detalhada sobre alguns balizadores éticos que nos parecem úteis para sustentar o trabalho de referência.

Em relação à importância do trabalho coletivo, realizado nos serviços, Leal e Delgado (2007) fazem apontamentos que podem incrementar as reflexões que vimos construindo. Ao tratar da temática da clínica desenvolvida nos CAPS, os autores reforçam a necessidade da reflexão acerca do trabalho em equipe e sua qualidade. Postulam que tal clínica é fruto da *relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico apresentado pelo paciente* (Leal e Delgado, 2007, p. 142, 143. Grifos do autor da tese). Com seu modo de articulação e posicionamento, a equipe ocupa um dos papéis centrais no cenário do cuidado, pois a experiência da relação que o usuário estabelece com ela informa sobre a experiência de adoecimento dele e lhe provoca transformações. Conseqüentemente, para os autores, a clínica não pode ser dissociada da forma de organização do serviço e do cuidado. Ou seja, o tipo de conformação do *campo comum*, ou a qualidade das *pontes e tráfegos* interprofissionais, são fatores que determinam a relação do serviço com o usuário e, conseqüentemente, sua experiência de tratamento.

Chamamos a atenção aqui para a relevância de se considerar o modo de relação que o usuário constrói com seu meio e com o serviço. Esse modo nos indicará, ao mesmo tempo, o tipo de ofertas terapêuticas que ele nos pede e a forma como ele se organiza diante daquilo que lhe é oferecido. Nesse sentido, usuário e trabalhadores estão co-gerindo, ou co-organizando o serviço, a partir das diversas relações que os usuários estabelecem.

Viviane, usuária cuja narrativa apresentaremos mais adiante, parece corroborar essas afirmações quando conta que sempre há, no CAPS, pelo menos uma das profissionais da sua equipe de referência, o que lhe dá tranquilidade para suportar a crise, sem precisar falar muito, já que nesses momentos não consegue ficar se explicando. O relato dessa usuária nos fez inferir que a articulação entre as profissionais da equipe de referência (articulação para que uma delas sempre esteja no serviço, mas também para que consigam se colocar de modo disponível) permite que a crise seja vivenciada com alguma tranquilidade, a partir de uma relação interpessoal com pessoas organizadas em equipe. Essa possibilidade de experimentar um ambiente que se estruturou para acolher as vivências do paciente através de uma abordagem pessoal é consonante às propostas de Goldberg (1996) que, como vimos anteriormente, defende que a organização seja um espaço constante de referência para o paciente, a despeito dos limites do tempo cronológico (períodos do dia, eventuais transferências do paciente, etc).

A discussão acerca da conformação do *campo comum* das equipes de referência requer que consideremos, ainda, como esse arranjo contribui para a criação de lugares que a figura médica ocupa nos diversos cenários do serviço. É sabido que, de modo geral, a Reforma Psiquiátrica brasileira possibilitou que o saber médico (assumido pelos médicos, mas também por outras categorias profissionais) perdesse seu lugar historicamente hegemônico e passasse a compor o leque da interdisciplinaridade (Amarante, 2007).

Como vimos, na nossa pesquisa os trabalhadores de alguns grupos dizem que o médico se associa aos trios de referência, mas não são caracterizados como componentes deste. Além disso, identificam na equipe de referência uma proteção contra a alta rotatividade dos médicos e a dificuldade que estes têm para compartilhar suas ações. Mas, paradoxalmente, apontam para o risco de que o profissional de referência centralize o poder sobre o paciente, reproduzindo a relação de poder médico das instituições asilares. Portanto, o que observamos é um alerta para a necessidade de que a equipe de referência inclua o discurso médico num campo compartilhado, seja pela carência concreta de maior número de profissionais médicos, seja pela intenção de ampliar as trocas com esses profissionais.

Tal inclusão, porém, requer uma regularidade de trocas e de compartilhamentos, o que exige que todos os profissionais, inclusive o médico, participem das reuniões e dos espaços coletivos já instituídos. Ou seja, não basta o desejo de um trabalho compartilhado, pois é necessário que os trabalhadores experimentem esse compartilhamento repetidas vezes, de modo que possam contar com ele, colocá-lo em análise e, conseqüentemente, construir suas próprias instâncias coletivas.

Em relação aos pacientes, as narrativas nos mostram que alguns remetem ao psiquiatra a função de medicar e acalmar os sintomas da crise, mas também houve aqueles que associaram ao médico a aquisição do benefício do INSS e atividades de passeio. Silva (2007) relata que no CAPS onde fizera sua pesquisa de campo, os psiquiatras se consideravam “referências naturais” dos pacientes, sobretudo nos momentos de crise. O autor comenta que tal naturalização desse lugar de referência, quando aludido à categoria médica, liga-se ao fato de que, historicamente, a instituição e o saber médicos possuem o mandato social do controle do louco. Embora tal reflexão seja coerente com algumas das construções de nossa pesquisa, os pacientes entrevistados mostram também que os médicos

têm ocupado lugares no seu tratamento diferentes daqueles da psiquiatria manicomial e que a articulação das equipes de referência favorece essa mudança, embora não proteja os profissionais de outras formas de concentração de poder.

No que concerne aos lugares do médico e seu discurso, cabe-nos fazer algumas ponderações, sustentando-nos no trabalho de Tenório (2007). O autor lembra que a não adesão de parte da comunidade psiquiátrica aos pressupostos e ao trabalho nos serviços ligados à Reforma Psiquiátrica se deve, parcialmente, a questões de mercado, dada a baixa competitividade e ao fato de esses serviços oferecerem condições de remuneração menos vantajosas, quando comparadas àquelas que existem nos hospitais ou nas clínicas particulares. Trabalhadores e usuários que participaram da nossa pesquisa confirmam essa constatação ao valorizarem o trabalho dos médicos, mas lamentarem a escassez ou ausência desses profissionais nos seus serviços.

Tenório (2007), no entanto, ainda nos alerta para a construção de certa imagem de *anti-psiquiatras* que aqueles que aderem ao movimento da Reforma Psiquiátrica vêm criando, há vinte anos. Tal imagem, recheada de críticas à clínica psiquiátrica e de propostas para sua reformulação, produziu “[...] uma situação discursiva aversiva aos psiquiatras e à psiquiatria [...]” (ibidem, p. 15), o que levou os jovens psiquiatras a se aproximarem de outros referenciais de trabalho e pouco se interessarem por uma inserção qualificada num CAPS, por exemplo.

Guardadas as devidas diferenças de contexto sócio-econômico e cultural, bem como de estruturação da rede de saúde e dos serviços assistenciais, pesquisas realizadas no Canadá apresentam dados que podem ter alguma equivalência a certos problemas que os trabalhadores apontam, sobretudo, no que diz respeito ao trabalho do técnico de referência. Tais pesquisas pontuam, por exemplo, que ocorre uma diminuição da capacidade resolutiva dos *Case management* em função de um número excessivo de pacientes, do estigma que os envolve, das condições de moradia inadequada, da pobreza e do desemprego. Esses estudos sugerem que, quando sobrecarregados, os profissionais não conseguem identificar as necessidades dos pacientes e realizar trabalhos flexíveis e criativos (Ryan, 2003). Conseqüentemente, os trabalhadores podem incorrer em práticas excessivamente tutelares e controladoras, que os sobrecarregam ainda mais, diminuem suas possibilidades de ação criativa e contribuem para a alienação do usuário. Como vimos nas narrativas, os

profissionais que participaram do grupo, bem como alguns familiares, apontaram o excesso de pacientes como um fator que contribuiu para a desqualificação do trabalho de referência.

Nesse sentido, Cavalcanti et al (2007), ao estudar o sistema de saúde mental americano e fazer correlações com o brasileiro, propõem que cada profissional tenha menos que doze pacientes graves para acompanhar na comunidade. As autoras ressaltam que tal acompanhamento envolve “[...] internação, alta, relações familiares, profissionais, etc. [...]” (ibidem, p. 117), e questionam sua viabilidade quando cada técnico de referência possui a seu encargo mais de 20 pacientes. Ponderam que nem todos os pacientes do CAPS requerem um cuidado intensivo, mas observam que aqueles que o necessitam tomam os profissionais de tal modo, que fica-lhes a impressão de negligência de cuidado com os demais usuários, além da efetiva constatação de problemas na continuidade da atenção prestada. Em outro estudo feito sobre o mesmo contexto, concluiu-se que a baixa taxa cliente-terapeuta e o compartilhamento de casos podem prevenir a ocorrência de estados de exaustão dos membros da equipe (Machado, et al., 2007).

Essas observações vão ao encontro das queixas dos trabalhadores envolvidos na nossa pesquisa e também da familiar que reclama que a sobrecarga de trabalho da profissional de referência de sua irmã a tem impedido de fazer as importantes visitas domiciliares (visitas que continuam tendo sua relevância para o tratamento, mas que foram interrompidas). Note-se que essa familiar possui clareza das necessidades clínicas de sua irmã, bem como de alguns problemas do processo de trabalho no CAPS.

Relação com a rede e o território de vida do usuário

Em todos os grupos de profissionais a questão do número excessivo de pacientes e da sobrecarga de trabalho foi associado às relações com a rede e suas vicissitudes. Como mostramos acima, embora alguns trabalhadores reconheçam que cabe a eles trabalhar para que tais relações sejam construídas e qualificadas, seus argumentos giram em torno da inexistência da rede, da precarização dos contatos entre os serviços e do lugar complicado que o CAPS muitas vezes ocupa. Cavalcanti et al. (2007) constata realidade semelhante nos CAPS que estudara no Rio de Janeiro e propõe a implantação de ambulatórios e a expansão ou o melhor funcionamento daqueles que já existem. Além disso, ela conta sobre a

experiência exitosa dos *Fóruns de área*, reuniões de pessoas envolvidas com a saúde mental nos diversos setores (saúde, educação, assistência social), fóruns estes que parecem ter funcionamento análogo àquele descrito no grupo que tratou especificamente do trabalho de referência como *fórum intersetorial dos distritos*.

Os profissionais relatam outra experiência de criação de rede ao contar que é sempre a mesma equipe de referência que estabelece relações com os mesmos Centros de Saúde, sendo referência para os pacientes das regiões desses serviços. Entendemos que essa configuração, além de facilitar a comunicação, cria vínculos de trabalho e aproxima os serviços em torno da assistência ao usuário. No entanto, são apenas esses os relatos que os trabalhadores fazem de um trabalho em rede, pois centram seu discurso na avaliação dos danos provocados pela ausência ou escassez de tal trabalho.

Usuários e familiares também fazem pouquíssimas alusões a trabalhos em rede de saúde, embora expressem valorizá-lo, quando ele existe. Encontramos um exemplo dessa valorização na narrativa de Joana que conta que é muito grata ao CAPS, pois *através dele foi parar no Tear das Artes* (centro de convivência), *onde aprendeu muitas coisas* e pôde fazer uma exposição dos quadros que pintava. Além disso, parece-nos plausível considerarmos que os usuários mostram valorizar o trabalho em rede quando apontam a importância dos grupos de referência *para saber como o outro está*. Nesse sentido, estamos tratando de uma rede constituída dentro do CAPS, mas que mostra pontes para fora dele.

Os indicadores avaliativos construídos pelos participantes da oficina contribuem para o monitoramento desse trabalho em rede, na medida em que propõe que sejam medidos a porcentagem de pacientes que utilizam outros recursos da rede no seu PTI, a porcentagem de trabalhadores que participam de alguma atividade em serviços fora da rede (apoio, fórum intersetorial, etc.) e os laços que os usuários conseguem fazer, além do CAPS (cultura, lazer, emprego, religiosidade).

A preocupação com o trabalho em rede, embora associada com a possibilidade de diminuir a sobrecarga do trabalho e a centralização do PTI no técnico de referência, parece-nos coerente com as concepções de Leal et al. (2006), esboçadas no início deste texto. Como vimos, os autores defendem que a construção do eu (que é, desde sua origem, social) e os seus modos de sofrimento dependem, diretamente, da sua relação com o mundo. Consequentemente, os projetos terapêuticos devem se estruturar a partir de alguma

articulação com o social. Nesse sentido, vale ressaltar que o território “[...] refere-se ao campo de abrangência do serviço, ao lugar de vida e de relações do usuário, e ao lugar de recursos onde, em geral, o usuário tem baixo ou nenhum poder de troca [...]”. (Leal e Delgado, 2007, p. 144). Alguns relatos de paciente, como aqueles que contam que o técnico de referência os auxiliou na providência de uma moradia independente, ou que intermediou sua relação com outros serviços de saúde, parecem-nos indicar que o trabalho de referência tem se desenvolvido a partir da consideração do que a autora define como “[...]o sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir de sua relação com o social [...]” (ibidem, p. 144). Porém, ainda acreditamos que se faz necessário um esforço no sentido do aprofundamento e, em alguns contextos da criação, das relações do CAPS com o seu território.

Estudos avaliativos da resolutividade dos *Case Management* e do *PAC* trazem dados que corroboram a afirmação da necessidade de trabalhos compartilhados com a rede. Eles mostram que nas áreas rurais, onde o *Case Management* é obrigado a utilizar recursos da comunidade (em função da baixa oferta de serviços de saúde), tais como vizinhos, professores e comerciantes, o número de internações e reinternações psiquiátricas caiu numa proporção maior do que aquela observada nos centros urbanos, onde é preponderante a utilização de recursos especializados (Rapp e Goscha, 2004).

Alguns grupos de trabalhadores apontam a problemática da relação com a rede fazendo certa confusão entre uma posição de referência e uma posição de centro. Nesse sentido, queixam-se de que o CAPS tende a assumir um lugar antes ocupado pelo manicômio, para onde todos os problemas de saúde mental eram expurgados. A esse respeito, Tenório (2007) nos lembra que o CAPS tem a missão legal de porta de entrada da rede e de organizador dessa rede como um todo. Ou seja, ele não é um *nicho de excelência* para tratamento da psicose, mas um *serviço de referência do sistema*. Esse quadro impõe sim que ele responda na cultura pelo endereçamento da loucura, tradicionalmente feito à psiquiatria. Trata-se de uma resposta social, mas numa acepção diferente daquela que costumeiramente lhe é atribuída:

[...] é uma resposta que a sociedade inventou para abordar um grupo de sujeitos cujo desvio em relação à norma era reconhecido como específico (ibidem, p.24),

mas num tipo de diferença que não é reconhecido como sendo nem da ordem da religiosidade, nem da ordem da expressão artística, nem também da ordem da criminalidade [...] (ibidem, p.22).

Tal resposta há de ser dada, segundo o autor, a partir de um posicionamento ético, marcado pela idéia de *inclusão*. Portanto, o CAPS realmente é o serviço de referência para a abordagem do *louco do bairro*. O que o diferencia do manicômio é a qualidade das suas respostas, inevitavelmente dependente da configuração de redes. Vale lembrar que estamos nos pautando na idéia de que o adoecimento dos usuários se configura nas relações que ele estabelece com pessoas e instituições onde vive (Leal e Delgado, 2007). Cabe ao serviço reconhecê-las e com elas trabalhar, o que, é claro, não corresponde a uma tarefa simples, dados os quadros de miséria social e simbólica que marcam os territórios de vida dos usuários e a nossa carência de referenciais teóricos e discursivos para compreendê-los e com eles dialogar (Onocko Campos et al, 2008a). Conforme veremos adiante, Viviane parece corroborar essas idéias quando propõe que o CAPS seja compreendido como uma referência para o tratamento em saúde mental.

O desafio da configuração de redes, seja dentro ou fora do serviço, é apontado pelos trabalhadores como uma possível solução ao problema da centralização das responsabilidades do caso no técnico de referência. Como vimos, um grupo sugere, por exemplo, a formação de parcerias com o setor jurídico, de modo que o profissional esteja melhor informado acerca das responsabilidades legais da prática de referenciar. Mas, os trabalhadores não se detêm discutindo possibilidades de parcerias com atores mais próximos do cotidiano dos usuários, tais como seus familiares, vizinhos, dentre outros. Esse aspecto, ainda que não questionado pelos próprios pacientes ou pelos seus familiares, pode nos indicar algum grau de ineficácia na função de co-responsabilização atribuída ao arranjo de referência. É claro, porém, que tal indicação requer grande cuidado de análise, uma vez que o suposto baixo coeficiente de co-responsabilização pode ser consequente de dificuldades dos usuários para experimentar a gestão de suas vidas, dificuldades estas que, em parte, podem ser próprias da vivência da psicose.

A construção da co-responsabilização a partir do trabalho de referenciar

Ainda que consideremos tais ressalvas, esse questionamento acerca da co-responsabilização nos conduz até outras questões: não estariam os profissionais incorrendo no erro de confundir vulnerabilidade com risco, conforme discorremos anteriormente, a partir das reflexões de Onocko Campos et al. (2008a)? A vulnerabilidade, própria de certo desligamento que o psicótico faz do mundo, não estaria sendo associada a uma completa impossibilidade deste em lidar com as questões práticas desse mundo? Tal como propõe os autores, responsabilizados pelos casos, os profissionais não os estariam colocando num lugar de vítima? Avaliamos que as construções que os sujeitos dessa pesquisa fizeram nos permitem entender que esses questionamentos podem servir como um aporte para os profissionais analisarem suas práticas, sem que, com isso, estejamos considerando, definitivamente, que tal dificuldade em reconhecer os recursos próprios do usuário, embora identificável, seja prática preponderante do trabalho feito nos CAPS estudados.

Um estudo feito junto a usuários da rede de saúde mental canadense traz alguns apontamentos que reforçam a necessidade de trabalharmos a favor de uma co-responsabilização do usuário pelo seu tratamento. Corin (2002) lembra que a psicose “[...] impõe uma experiência de descontrole, de uma tristeza que submerge, de alucinações que se repetem [...]”. Nesse contexto, a autora defende que quando os pacientes conseguem (ou quando lhes é permitido) ser atores de seus tratamentos, essa sensação de impotência frente a experiências descontroladas tende a diminuir. No entanto, é necessário que estejamos atentos ao fato de que os pacientes podem atribuir sentidos às suas experiências muito diferentes daqueles que supomos ou valorizamos. Se considerarmos a possibilidade de co-gestão do tratamento como uma modalidade de reinserção social, devemos atentar à seguinte observação feita pela autora:

Pode-se dizer, portanto, que a reinserção não implica somente, ou sobretudo, no fato de se inscrever numa posição social normativa, de estabelecer relações sociais concretas, mas consiste também na possibilidade de redesenhar um mundo no qual seja possível sentir-se capaz de evoluir e se transformar (ibidem, p. 69).⁵²

⁵² Tradução nossa.

Esse apontamento nos adverte para a necessidade de atentarmos às formas singulares com que os usuários podem gerir seus tratamentos. Joana nos oferece um possível exemplo de tal singularidade quando conta que decidiu se distanciar do CAPS por *uns tempos para ficar com seus pais*. Ela não discutira tal decisão com a equipe ou com a técnica de referência que a acompanha, tal como poderíamos esperar de alguém que está compartilhando a gestão do seu tratamento. Simplesmente deixara de ir ao CAPS, mas voltara quando se sentiu cansada e percebeu que não estava bem. Sua narrativa nos permite apreender que, ao tomar as decisões sozinha, Joana contava com a segurança do respaldo do serviço, embora não utilizasse condutas normativas, como informar acerca das faltas ou discutir uma nova forma de frequência. Podemos ainda inferir que, ao acolherem-na, os profissionais do serviço indicaram que ela pode gerir sua vida, embora necessite do apoio e da sustentação do serviço, o que configura uma espécie de co-gestão.

O exemplo da experiência de Joana vai ao encontro a algumas proposições de Corin (2002), para quem a restabelecimento do paciente não diz respeito, necessariamente, a competências ou deficiências. Trata-se, sobretudo, do encontro de uma posição pessoal num mundo em que é possível contar com outras pessoas, a partir de tal posição. De modo geral, os usuários que participaram da nossa pesquisa mostram a possibilidade de habitar o CAPS de forma pessoal, porém os trabalhadores de alguns dos grupos focais apontam que tal habitat tende a se estruturar, predominantemente, com base na relação estabelecida com o técnico de referência.

Entre a centralização e a responsabilização: rediscutindo o lugar do técnico de referência

Conforme já comentamos, esse quadro coloca o técnico de referência numa posição de tal importância que ele acaba por ser visto como alguém que controla o paciente e, ao mesmo tempo, que é submetido a uma responsabilização excessiva, que o serviço lhe delega. Em torno dessa configuração perduram sensações relativas a uma espécie de sobrecarga de responsabilidade e preocupação quanto às implicações legais e profissionais de tal responsabilidade. A nosso ver, trata-se de uma outra perspectiva através da qual a dificuldade de co-gestão pode ser vislumbrada.

No que concerne a essa questão, os trabalhadores refletem que a equipe geral do CAPS atribui enorme poder ao técnico de referência, mas cobra dele a responsabilidade

pelas várias esferas da vida dos seus usuários. Estes últimos, por sua vez, parecem delegar ao profissional de referência tal poder, quando dizem que é ele que cuida de suas vidas ou que avalia se estão agindo corretamente. Analogamente, os familiares afirmam que o técnico de referência sabe *tudo* acerca dos pacientes que acompanham, além de lhes providenciar aspectos básicos para a sobrevivência social. Por outro lado, quando chegam ao CAPS, são logo orientados a procurar pelo profissional de referência. Os trabalhadores, ao mesmo tempo, reconhecem que também escolhem se colocar como *donos do caso* e assinalam que se somam nesse contexto problemas de dificuldade de comunicação e de trabalho em rede de saúde. Tais problemas acabam por reforçar-lhes a posição de centralização do saber sobre o caso, do seu acompanhamento e das tomadas de decisão que o envolve.

Uma pesquisa realizada num CAPS da cidade do Rio de Janeiro (CAPS este que não conta com a estrutura de equipes de referência, mas trabalha com técnicos de referência) associa parte dos problemas ligados ao trabalho de referência a uma indefinição dos trabalhadores quanto ao papel do técnico de referência, mas uma clareza ao identificá-lo com um grau de responsabilidade pelo paciente maior do que aquele esperado do psicoterapeuta ou do médico. Tal responsabilidade leva os profissionais a sofrerem com as sensações de estar, concomitantemente, omitindo-se e exagerando com relação aos cuidados. Uma das questões que se acenam nesse contexto de trabalho é o fato de os técnicos de referência envolverem-se em complexas tramas sociais para proverem condições de existência aos usuários (moradia, por exemplo), mas também articularem trocas que podem revestir a equipe de uma espécie de monopólio sobre o poder de escolha que envolve o destino do paciente e das ações daqueles co-responsabilizados por ele (Silva, 2005a).

Trabalhos ligados a essa mesma pesquisa mostram que no CAPS carioca citado também são numerosos os dilemas relativos à responsabilização do técnico referência pelo paciente, de tal modo que ora a equipe procura coletivizá-la, ora parece repetir o movimento que, nos nossos grupos focais, os trabalhadores ilustraram com a frase *toma que o filho é seu*. Nesse sentido, foram identificados posicionamentos expressos por falas como: *Ele não é meu paciente, não tenho nada a ver com isso* ou, no outro extremo: *Não mete o bedelho no meu caso*. (Silva, 2007, p. 48).

Note-se que em todas as falas exemplificadas há uma escolha por um posicionamento de centralização do poder pelo caso. Quando os profissionais atribuem o *filho* a outrem, supõem que este tem o conhecimento sobre o usuário e a autorização sobre as decisões que o envolvem. E, do mesmo modo, assumem o poder sobre o paciente, quando dizem que o caso é seu. No entanto, nossa pesquisa mostra que, no mesmo contexto, acena-se um paradoxo: sob o ponto de vista dos usuários, parece coexistir com esse posicionamento de centralização de poder uma relação interpessoal do técnico de referência com seu paciente, que nem sempre é experimentada como controladora e que, quando o é, o sentido denotado ao controle é positivo.

As narrativas que acima apresentamos mostram diferentes avaliações acerca da posição do técnico de referência. Clara e Joana valorizam no CAPS justamente uma experiência de liberdade que comporta a coexistência da sensação de estar constantemente acompanhada. Joana elege uma profissional de maior proximidade, mas enfatiza a importância de continuar sentindo-se livre, a despeito da intimidade da relação estabelecida. Já Karina, cuja narrativa apresentaremos mais adiante, afirma ser ajudada pelos profissionais de referência, mas descreve ações destes como de rigidez perante as coisas erradas que ela faz, ou de decisão sobre sua alta, que, segundo ela, não deverá acontecer. Nesse caso, a liberdade parece ser menos valorizada, pois a paciente ressalta a importância de contar com alguém que lhe seja continente e atento.

Inferimos que o motor da tensão entre as posições assumidas pelo técnico de referência se localiza numa certa confusão entre a necessidade de prestar os cuidados globais e a onipotência. Conforme defendemos no início deste texto, um cuidado global deve ser recheado pelas categorias da saúde coletiva, tais como vulnerabilidade e risco, mas também de um reconhecimento dos modos de organização pessoais e coletivos que envolvem o paciente e indicam suas potências ou suas capacidades de cuidado de si, conforme sugeriram Passos e Benevides (2005).

No início deste capítulo mostramos que os trabalhadores do grupo focal da nossa pesquisa fazem uma imagem de si baseada numa afirmação lacaniana, segundo a qual *os trabalhadores de saúde mental suportam a miséria do mundo*. O que nos parece ocorrer é que essa *miséria do mundo*, que parece gritar nos pacientes dos CAPS, dado o contexto de miserabilidade social em que costumam viver, tende a envolver os técnicos de referência de

tal modo que, em algumas situações, eles tendem a se sentir impelidos a *carregá-la* e a responder onipotentemente a ela. Ou seja, diante da dificuldade em *suportar* o peso dos diversos tipos de sofrimento que envolvem o paciente, o técnico de referência pode tender a defender-se, carregando tal peso e tentando resolver o problema, para dele conseguir afastar-se. Conseqüentemente, assume posições de poder que pouco consideram a potência imersa na miséria e, fatalmente, se misturam com tal miserabilidade, também experimentando posições de impotência absoluta.

Esse posicionamento, marcado por uma série de questões da vida institucional, provoca intenso sofrimento nos trabalhadores. Em sua dissertação de mestrado, Ferrer (2007)⁵³ aponta que, para os profissionais do CAPS, o profundo envolvimento com os usuários lhes provoca graus de preocupação tais que acabam levando problemas de trabalho para casa, freqüentemente sonham com os casos ou, em função deles, perdem o sono e chegam a adoecer fisicamente. O envolvimento com o trabalho é tamanho que não conseguem admitir quando estão sobremaneira cansados, chegando a gostar quando adoecem porque assim possuem um motivo, considerado digno, para se afastar do CAPS por alguns dias.

O quadro acima, embora apresente questões problemáticas, confirma o que os usuários relataram acerca da possibilidade de sempre contar com seus técnicos de referências, ou seja, de encontrá-los constantemente disponíveis. No entanto, a forma de organização do trabalho, de modo geral, ainda parece carecer de dispositivos que tratem do desgaste emocional provocado por tal condição de disponibilidade. A Oficina que fizemos na pesquisa sugeriu o monitoramento de algumas práticas que parecem enfrentar esse tipo de problema, na medida em que preconizam que os profissionais formem redes e os usuários experimentem relações com outros trabalhadores, além do seu técnico de referência, dentro e também fora do CAPS. Essas práticas a serem avaliadas parecem propor que a miséria deixe de ser *carregada* e passe a ser manejada, ou seja, deixe de ser um fardo e se torne uma realidade composta por horrores e possibilidades.

Experiências de sofrimento dos trabalhadores, relacionadas ao arranjo de referência:

⁵³ Trabalho desenvolvido também como um subprojeto da Pesquisa Avaliativa.

Supomos que o tipo de sofrimento expresso nos grupos focais possa levar a equipe à estruturações inconscientes de defesas psíquicas, ou seja, de reações afetivas coletivas, padronizadas e enrijecidas, que protejam o grupo de trabalhadores da angústia produzida pelo contato com sensações de onipotência e impotência quase absolutas, próprias da psicose. Uma dessas defesas é denominada de identificação narcísica com o paciente, uma forma de relação em que, inconscientemente, o terapeuta fica identificado com o modo de funcionamento psíquico de seu paciente, adquirindo, momentaneamente, padrões de sensação e reação emocional deste último (Kaës, 1991; Laplanche, 2001). Essa defesa pode se traduzir pela sensação onipotente de ser *dono do caso* e poder *dar conta de tudo*. Outra faceta da onipotência é o desejo de fazer tudo pelo paciente (Kaës, 1991). Note-se que esse funcionamento defensivo se estrutura por toda a instituição, pois, se por um lado os trabalhadores sentem que precisam fazer tudo pelos pacientes, por outro, estes avaliam que suas necessidades são sempre agraciadas pelo técnico de referência. A intensidade que envolve tais defesas é tal que, apenas um adoecimento físico (que foge da onipotência psíquica) é considerado legítimo para interromper as práticas de tudo fazer e tudo saber.

Algumas considerações de Silva (2005b) acerca do tema da responsabilidade no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira podem ampliar nossa perspectiva de análise dessa questão que os trabalhadores denominam por *peso da responsabilização*. Partindo da pesquisa no CAPS carioca, conforme há pouco relatamos, o autor lembra que nos últimos vinte anos algumas questões em torno da responsabilidade, numa acepção jurídica e administrativa do termo, começam a aparecer com frequência, sobretudo nos momentos em que os serviços territoriais se percebem com algum impasse na condução de um caso. Em geral, os profissionais se perguntam sobre quem responderá por determinado ato do paciente ou pela implicação do usuário, bem como pela sua capacidade de responder pelo que faz. Podemos notar que se trata de interrogações próximas daquelas construídas nos grupos da nossa pesquisa.

O autor segue sua reflexão apontando que, se antes as internações manicomiais permitiam a transferência da responsabilidade pelo usuário para o Estado, na figura do hospital, hoje os profissionais a dividem com os próprios usuários e seus familiares, o que lhes encarrega da co-gerência de aspectos emocionais, relacionais e também econômicos. Silvia, usuária cuja narrativa apresentaremos mais adiante, nos exemplifica com clareza

esse quadro ao dizer que sua técnica de referência foi quem *lhe arrumou o benefício, fica com [seu] dinheiro, [...] que controla tudo direitinho*. Note-se que se trata de uma paciente com quadro grave de esquizofrenia e longa história de internações psiquiátricas. Hoje mora sozinha numa pensão próxima ao CAPS, não tem se colocado em situações de risco para sua integridade física, como fazia anteriormente, e necessita do apoio da equipe para administrar a vida financeira e familiar, pois tem grandes dificuldades na relação com o pai, com quem deixou de morar.

Devemos lembrar, segundo Silva (2005b) que, sob forte influência italiana, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira se construiu justamente sob a consigna da *tomada de responsabilização* pelo território. Nesse contexto, se o serviço é referência do território, como vimos anteriormente, o profissional é referência para os usuários. E, portanto, o referenciar se liga, desde sua origem, à necessidade de responsabilização pela situação global do paciente, inclusive pela sua crise. Note-se que tal responsabilização está a serviço da qualificação da atenção oferecida ao usuário, mas também da desconstrução de processos de trabalho burocráticos e, praticamente, inertes.

Conforme vimos no início desse trabalho, Furtado (1991) apresenta a implementação de um trabalho estruturado através de profissionais de referência que, em contínuo diálogo com o usuário, sua família e a equipe do serviço, é responsável pela elaboração e acompanhamento de um projeto terapêutico individualizado, ou seja, criado a partir das necessidades singulares de cada paciente. Com essa estrutura, implantada com o objetivo de desmontar um tipo de tratamento com características fortemente manicomial, o autor diz que esperava que a *responsabilização e o vínculo* fossem consequências do movimento que os trabalhadores vinham fazendo para “[...]tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de reabilitação psicossocial daquele paciente cronicado[...].”

Observemos que Frutado (1991) é cuidadoso em associar a responsabilização e o vínculo a trocas feitas com o usuário, os seus familiares e a equipe do serviço. Ou seja, ainda que enfatize a necessidade de uma tomada de responsabilidade pelo profissional, ele aponta para a co-gestão dessa responsabilidade. Os familiares que participaram da nossa pesquisa explicitam essa realidade ao dizerem que contam com o profissional de referência para ajudá-los em situações práticas, como conseguir o benefício do INSS, mas também em

momentos de maior dificuldade, como aqueles em que o usuário se encontra em crise. Para vários dos familiares que participaram do grupo focal, são nesses momentos de crise que eles mais freqüentam o CAPS, que mais procuram o técnico de referência para compreender o que está se passando.

A nosso ver, a responsabilidade pelo acompanhamento das vivências de crise merece aqui uma atenção especial. Os profissionais de um dos grupos afirmaram que tal tarefa lhes é difícil e sofrida em função da profundidade da relação emocional que o trabalho de referência lhes leva a desenvolver com o usuário. Além disso, conforme vimos comentando, todos os grupos se detiveram longamente na discussão acerca de uma certa polêmica que envolve a responsabilização do técnico de referência, localizada entre a necessidade de responder pelo tratamento ou por todos os atos da vida do paciente. Podemos inferir que essa questão se torna mais acentuada quando os usuários se encontram em crise, com possíveis dificuldades em perceber e controlar algumas de suas ações.

Do ponto de vista de alguns usuários entrevistados, o tema da crise também evidencia o grau de responsabilização atribuído ao técnico de referência. Na sua narrativa, Joana enfatiza o valor da liberdade que o tratamento no CAPS possibilita, e acrescenta que só ficam trancados aqueles que não estão bem. Silvia também conta que, quando entra em crise, sua técnica de referência coloca seu nome na lousa, lhe indicando leito-noite, o que implica na impossibilidade de sair do serviço. Por outro lado, Viviane atribui grande valor ao arranjo equipe de referência porque ele permite que ela seja compreendida sem suas crises, sem que precise dar muitas explicações.

O grupo de usuários, bem como os próprios profissionais, explicaram que uma das atribuições do técnico de referência é a indicação do leito noite ou de eventuais internações para os pacientes que se encontram em crise. Parece-nos evidente que tal atribuição se justifica pela qualidade e profundidade da relação que o profissional de referência estabelece com seu paciente, o que deve lhe oportunizar recursos para a avaliação das providências necessárias ao acompanhamento das experiências de crise de seus pacientes.

Inferimos que o modo como a responsabilização pela avaliação e acompanhamento da crise é sentida pelos trabalhadores deva estar ligado às possibilidades de troca e suporte na equipe. Entretanto, parece-nos que se trata de um tipo de responsabilização necessária e inevitavelmente pesada, já que envolve o compartilhamento e a oferta de suporte para

experiências de ruptura e possibilidades de novas estruturações vividas pelos pacientes. A esse respeito, Corin (2002) relata que, na pesquisa que fizera junto a usuários de uma rede de saúde mental, estes descreveram que a experiência da crise como aterrorizadora e, ao se referirem a ela, sempre faziam alusão à presença ou à ausência de uma pessoa capaz de lhes acolher e acompanhar nessa vivência de “abalo do ser”.

Parece-nos evidente a importância do acompanhamento pessoal que os profissionais fazem de seus usuários, inclusive nos momentos de crise, o que implica na necessidade de relações profunda, em que os técnicos de referência assumem suas responsabilidades para com o caso. Nesse sentido, Silva (2007) afirma que os profissionais do CAPS, onde desenvolvera sua pesquisa, localizam o técnico de referência num campo de dilema, cujos extremos são a compreensão global e a atuação pontual. Ou seja, precisam compreender o paciente de modo amplo, mas não podem se colocar como agentes exclusivos daquele tratamento. Entre a compreensão e a ação, colocam-se tarefas que, segundo o autor, possuem naturezas diferentes: são, por um lado técnicas (envolvem a escuta do usuário, seu atendimento) e por outro lado administrativas (requerem o conhecimento do projeto do paciente, a mediação de suas relações no serviço, etc). Tal divisão parece ter ressonância com as queixas que os trabalhadores da nossa pesquisa fazem acerca da quantidade de papéis que o trabalho de referência exige e, sobretudo, das tarefas burocráticas envolvidas nesse arranjo.

O autor lembra que a ligação entre técnica e administração existe em toda a história da psiquiatria. O que marca a diferença no trabalho do técnico de referência é a sua responsabilidade não apenas pelo acolhimento e contenção do sofrimento, mas também pela atenção prolongada e continuada, que envolve contínuo diálogo com o entorno social do paciente. Porém, ele também sugere que pensemos num risco de o trabalho de referência esteja associado a um processo de sobreimplicação⁵⁴ dos técnicos de referência. Neste, os profissionais estariam submetidos a uma espécie de exploração subjetiva, a partir da qual desenvolveriam a tomada de responsabilização pelo caso (Silva, 2007). Num outro trabalho, Silva (2005a) discute as possíveis conseqüências desse processo, apontando que a responsabilização pelo usuário pode se tornar correlata a uma tentativa de controle do mesmo, garantindo sua aderência ao tratamento (aderência esta, cuja efetivação estaria

⁵⁴ De acordo com o referência de Lourau (2003)

delegada ao profissional de referência), mas inibindo-o nas suas possibilidades de gerir seu próprio cuidado.

O autor sugere, ainda, que a responsabilização atribuída ao técnico de referência pode estar relacionada com o tema das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, pondera que o discurso institucionalizado do SUS, ao chamar o usuário e o trabalhador para participar da gestão das instituições, pode também concentrar responsabilidades nesses atores individualmente, esvaziando-se, com isso, as funções de responsabilidade dos serviços e do próprio Estado (Silva, 2005a). Sob esse prisma, tal como é colocado no grupo que tratou especificamente do trabalho de referência, o profissional de referência seria o escoadouro de várias responsabilidades e problemas que caberiam à coletividade institucional assumir.

As narrativas dos grupos de trabalhadores apresentam preocupações que corroboram, em parte, as reflexões do autor. Assim, poderíamos inferir que, embora produza muitos efeitos positivos, uma das vicissitudes do trabalho de referência, quando centralizado num técnico apenas, é a dificuldade de estimular a participação dos usuários na gestão do tratamento dos CAPS, o que coloca o arranjo alinhado com os problemas de participação popular do contexto amplo do SUS. Somando-se ao baixo coeficiente de co-gestão entre profissionais e usuários, teríamos os problemas relacionados à intensidade da responsabilização e suas conseqüências. No entanto, essas inferências exigem alguma relativização, na medida em que as reflexões de Silva (2005a; 2005b, 2007) partem de um contexto em que não existia o trabalho de uma equipe de referência que envolve o técnico de referência e, em diferentes níveis, pode oferecer-lhe suporte e questioná-lo em seus posicionamentos.

Sobre a responsabilização, entendemos ser ainda necessária outra breve reflexão acerca do sentido que ela pode assumir nos serviços. Relatamos que alguns profissionais a tomam como *pesada* e sentem a necessidade de um suporte jurídico para melhor administrá-la. Devemos notar que tal necessidade é coerente com a própria definição de responsabilidade apresentada pelo dicionário da língua portuguesa: “[...]obrigação de responder pelas ações próprias ou dos outros. Dever jurídico resultante da violação de determinado direito, através da prática de um ato contrário ao ordenamento jurídico[...]” (Houaiss, 2001). No entanto, o grupo que tratou especificamente do tema dessa pesquisa

lembra que há um tipo de responsabilidade, sentida como uma espécie de *solidão*, que é inerente à clínica e passível de ser suportada, embora não completamente compartilhada.

Com tal definição, nos aproximamos da idéia de que o trabalhador faz uma tomada de responsabilidade por si mesmo e suas posturas quando escolhe adentrar pelo campo da saúde mental e, inevitavelmente, colocar-se em experiências de relações que devem ter um cunho terapêutico. Ou seja, mais do que se responsabilizar pelo usuário, o profissional tem a incumbência de responder pelo seu modo de olhar o outro e escutá-lo (seja este outro o usuário, o colega de equipe, ou o morador do bairro), bem como pelos modos como estrutura suas ações. Nesse sentido, a responsabilidade, embora nunca leve, dada a complexidade do objeto de trabalho, pode ser sentida de um modo positivo, na medida em que marca a possibilidade de o profissional reconhecer-se no trabalho e tomar para si os problemas e os êxitos da prática que, em parte, possui sua autoria. Em outros termos, estamos propondo que a responsabilização é positiva porque permite a diminuição da alienação, tal como definira Campos (1999), ao teorizar sobre o trabalho em equipes de referência.

Trata-se, portanto, de uma responsabilização que ultrapassa o setor jurídico e se associa ao campo da clínica e da ética. É claro que essa escolha não é completamente livre, já que todos os profissionais participam das tramas institucionais e compartilham das estruturações inconscientes de defesas psíquicas, bem como dos jogos de poder. Porém, nos parece necessário insistir que há, entre outros aspectos, também uma dimensão de escolha no que tange a responsabilidade, dimensão esta que é ética e que precisa ser incluída nos debates que a equipe faz acerca das dificuldades do trabalho de referenciar.

Veremos, mais adiante, algumas possibilidades de pensar o trabalho de referência sob o prisma de diferentes necessidades emocionais dos usuários que participaram da nossa pesquisa. Desenvolveremos a idéia de que tais necessidades conformam um campo clínico que deve ser regido por um tipo de posicionamento ético, este sim possível balizador das práticas ligadas ao arranjo em questão. De todo modo, parece-nos possível delinear alguma conclusão acerca da discussão que construímos a partir do material empírico e teórico. A nosso ver, ainda que os problemas ligados ao trabalho de referência sejam enunciados por todos os CAPS, com suas diferentes estruturações de equipe, podemos deduzir que a qualidade dos *settings* coletivos ou das *pontes* (Furtado, 2007) é o que permite a eficácia do

arranjo, seja no que diz respeito à assistência, ou ao sentido que o trabalhador atribuirá à responsabilização que o trabalho exige.

Parece-nos plausível indicar que a configuração de equipes de referência permite um maior compartilhamento do caso e facilita a inclusão das diversas categorias profissionais, sobretudo dos médicos. Cada usuário, se precisar de relações duais, determinará se as relações com o técnico de referência deverão ser mais ou menos centralizadas neste, mas, de todo modo, a equipe de referência se fará útil seja para oferecer o suporte necessário a essa relação, seja para questionar o lugar do técnico de referência, desestabilizando-o, seja para ajudá-lo a diluir a relação, tornando-a menos especular (Furtado, 2007) e impedindo que o usuário nela se enclausure. No entanto, a existência de equipes não garante que o trabalho seja compartilhado, pois ela exige um constante esforço de implementação de um *campo comum* (Coelho Jr, 2008). Esse campo se sustenta na *construção do caso clínico* ou do *projeto terapêutico individual* e num trabalho de análise das condições concretas e subjetivas (inconscientes) que concorrem para a conformação de um tipo ou outro de prática assistencial (Onocko Campos, 2005a).

6. PSICOSE E TRABALHO DE REFERÊNCIA: REFLEXÕES CLÍNICAS

Nos dois próximos capítulos pretendemos continuar nossas reflexões focando a discussão de algumas características que nos parecem conformar, ainda que parcialmente, certo campo clínico para o trabalho de referência. Antes de fazê-lo, porém, gostaríamos de reafirmar o que comentamos, ao tratar do tema da *construção do caso clínico*, quando desenvolvemos a idéia de que a clínica é feita, necessariamente, a partir de uma construção singular, regida por cada caso. Entendemos que não há uma clínica generalizante, capaz de sustentar, teórica e praticamente, as necessidades emocionais de todos os usuários. Contudo, pretendemos apresentar e discutir alguns aspectos do trabalho de referência que parecem surtir distintos efeitos clínicos, segundo os diferentes sujeitos que participaram da nossa pesquisa.

Nosso objetivo é oferecer exemplos de variadas necessidades que os pacientes contam possuir e de formas através das quais o referenciar se organizou para dar-lhes algum direcionamento. Ao mesmo tempo, pretendemos apontar exemplos de como os usuários significam algumas ações do referenciar no contexto geral de seus tratamentos. Ao discutir tais exemplos, esperamos contribuir com alguns subsídios que ampliem ou aprofundem a reflexão acerca desse trabalho. Para tanto, revisitaremos algumas tradições teóricas enunciadas no início deste texto e a elas associaremos outras, continuando nosso esforço hermenêutico de ampliar e aprofundar a compreensão do material em estudo.

Apresentaremos as narrativas de duas usuárias entrevistadas, Silvia e Helena⁵⁵. Em seguida, faremos um compilado das discussões, construídas nos grupos focais e nas outras entrevistas, que se relacionam com questões ligadas à reflexão acerca da clínica. Após esse percurso, associaremos o material empírico a algumas tradições teóricas. Com isso, esperamos construir uma reflexão acerca dos recursos que as equipes e os trios de referência oferecem para a estruturação de relações emocionais, entre profissional e usuários, marcadas por um grau elevado de proximidade afetiva e confiabilidade. Indicaremos que a clínica delineada nesses casos se pauta, primordialmente, no

⁵⁵ Ambos nomes são fictícios

acompanhamento do cotidiano dos usuários e suas relações com o serviço e o território de vida que habitam.

Diferentemente do que realizamos no capítulo anterior, nos dois próximos capítulos utilizaremos indistintamente o termo “técnico de referência”, esteja ele remetido a um contexto de trabalho de referência organizado em trios ou equipe. Fazemos essa escolha apoiados no fato de que os usuários, de modo geral, relacionam a assistência que lhes é prestada com o trabalho dos técnicos de referência, seja qual for a estrutura que os engloba. Quando se fizer necessário, apontaremos certas peculiaridades na relação entre profissional e usuário, segundo a organização do trabalho de referência.

6.1 Narrativa da entrevista feita com Silvia

Minha⁵⁶ vida é sempre assim: já fui rejeitada pela minha família antes de nascer, pela minha família biológica, verdadeira. Antes de eu nascer, minha mãe ficou grávida, já tinha outra filha. E o meu pai não me quis, rejeitou a gravidez, disse que o filho não era dele. Então, ela arranhou um meio de contratar uma pessoa que pudesse me adotar.

O advogado foi lá em casa e perguntou se eles não me queriam mesmo. Meu pai disse que não queria, que podiam me levar. Ele não queria nem saber. A família que me criou me pegou com um dia e meio. Logo que eu nasci, já me deram.

Essa família que me criou ficou muito feliz em me pegar. E eu peguei amor por eles. Para falar a verdade, família é essa que me criou, não aquela que me pôs no mundo. Minha mãe⁵⁷ ficou feliz, mas depois começaram a aparecer os problemas, as doenças, tudo. Porque minha mãe⁵⁸ não sabia que eu era doente. Minha mãe verdadeira⁵⁹ tomava droga, bebida, fumava. Tudo isso gerou em mim e os diversos problemas começaram a aparecer.

Num dia deu um desmaio em mim e meu pai viu que estava fria de tanto que chorava. Isso meu pai logo percebeu: que eu só chorava. Meu pai trabalhava à noite e, se ia

⁵⁶ A entrevista de Silvia foi realizada no CAPS onde a usuária faz tratamento. Esse CAPS organiza seu trabalho de referência através de trios de referência, compostos por um profissional de nível universitário, e dois técnicos de enfermagem. Cada três trios compõem uma equipe de referência. Há sempre um médico que acompanha cada trio.

⁵⁷ Mãe adotiva. Nesse momento da fala, S. se refere às mães adotada e biológica de modo confuso. Ora chama uma de “mãe verdadeira”, ora outra.

⁵⁸ Mãe adotiva.

⁵⁹ Mãe biológica.

dormir de dia, eu chorava. Não deixava ninguém dormir, só chorava. Era a doença que estava chegando. Então meu pai falou: ela tem algum problema. E começaram a me tratar. Desde criança adotada já me tratavam. Levaram-me num psiquiatra e ele receitou um monte de remédio. Chegava em casa e só dormia, 24 horas dormindo por causa do remédio.

Nessa época foram aparecendo todos os problemas. Eu tenho um problema que biologicamente não é nada demais. Eu contei para a D. A D. é minha enfermeira e referência. Ela sabe. Minha mãe⁶⁰, essa que Deus levou, ela queria um homem, não queria uma mulher. E por isso é que deu problema, eu não nasci nem bem homem, nem bem mulher. Eu sou uma mulher normal, mas gosto de outra mulher, já desde os meus quinze anos.

Quando eu contei isso para a D., ela não assustou. Disse que estava sabendo, que percebia pelo meu olhar, pela minha postura e que eu estava sendo sincera, não estava mentindo. Ela disse que é enfermeira chefe e que conhece muita gente assim. Gente do maior caráter, da maior postura, gente finíssima. Eu pensava que a sociedade estava me discriminando cada vez mais, por causa da minha doença e disso aí. Mas a D. disse para eu não ligar e deu força. Toda a equipe está me dando força. Disse que isso não era motivo para eu me esconder, para ficar trancada dentro de casa.

Mas, como eu ia dizendo: aos quinze anos começaram todos esses problemas. Começou a agressividade, passei a ficar agressiva em casa. Levaram-me num psiquiatra e ele precisou me internar, porque eu estava furiosa e o agarrei pelos colarinhos. Bendita hora: sofri como cão. Judiaram de mim, fizeram tudo o que não deviam fazer. Nem vinte dias eu fiquei lá. Num dia eu internei e no outro já saí, de alta forçada. Minha mãe e meu pai foram me visitar e ficaram horrorizados. Então meu pai disse: você não vai ficar mais aqui. Se apronte porque eu vou falar com o seu médico e vou te tirar de alta forçada já. E tirou mesmo. Meus pais são maravilhosos. Levaram-me para casa, deram banho em mim, trocaram minha roupa e me internaram em A.⁶¹. Lá sim eu me senti bem. Tive dez internações lá. Aceitaram-me lá desde quando eu tinha quinze anos, pois achavam que eu era uma pessoa como qualquer outra, uma moça, não era criança mais. Na primeira

⁶⁰ Não fica claro se é a adotiva ou a biológica. Nesse momento optei por não perguntar para não interromper o fluxo da fala, já que ela mostrava-se nervosa e intensamente emocionada com o que pretendia contar.

⁶¹ Cidade onde existe um hospital psiquiátrico com grande quantidade de leitos de internação de longa duração.

internação fiquei três meses lá, depois fui melhorando e, nas outras, fiquei só um mês. Uma vez, quando eu ia completar dezoito anos, começaram a judiar de mim, não sei porquê. Fiquei revoltada e fui fugir. Subi no telhado, mas ao invés de fugir, eu caí e quebrei a perna, estourou todo o osso, saiu tudo para fora. Meus pais foram lá e me viram daquele jeito, na cadeira de rodas, com platina, com tudo.

Tive dez internações em A., dez no B., cinco no S. F. e mais cinco no I.⁶². Mais de quarenta internações, minha vida foi assim: só internar.

Quando eu tinha crises eu sentia coisa ruim. Ouvia vozes, via vultos, essas coisas. Agora melhorou, estou tomando o remédio direito, venho todo dia para o CAPS e só vou embora depois de jantar. Mas de uns tempos para cá estava um pandareco. Quero dormir, mas começo a ouvir barulho, ouvir vozes, isso é uma coisa que me atrapalha. As vozes falam para se matar. E é o que essas vozes conseguiram mesmo.

Numa época em que estava tudo bem, eu perdi minha mãe. Ela morreu com 79 anos, num acidente. Ela caiu da escada, bateu a cabeça, saiu sangue. Eu não vi, mas escutei um barulhão e, quando fui ver o que havia acontecido, a encontrei sangrando. Desde aquele dia a imagem dela não sai mais da cabeça. Ela ficou 4 dias no hospital da P.⁶³ e antes do natal veio a notícia de que ela morreu. Ela morreu às 10:30hs do dia 10. Foi um choque, um choque muito grande. E eu comecei a ficar ruim. Deu um negócio esquisito em mim e eu não conseguia mais andar. Fiquei muito tempo com isso.

Falei para o meu pai: está contente agora, pai? Eu lembro que, quando tinha seis anos de idade, o senhor deu cintada nela, na minha frente. E criança com seis anos não mente, adulto pode mentir, mas criança não. Minha mãe contou tudo pra mim, que o senhor judiou muito dela. Ia beber atrás de farra e deixava a coitada lá. Quando ela casou, tiveram um filhinho, mas ele sofreu um acidente e morreu. Minha mãe tinha 28 anos quando perdeu ele.

Desde que minha mãe perdeu esse filho, meu pai passou a jogar na cara dela. E tudo isso ficou gravado na minha cabeça. Eu vinha aqui no CAPS buscar remédio, mas não ficava muito. De repente, um dia, quando cheguei em casa, lembro até hoje, minha mãe estava chorando. Falou que meu pai ia acabar matando ela, que estava acabando com ela e

⁶² Hospitais psiquiátricos de cidades próximas à Campinas.

⁶³ Hospital Geral.

ia conseguir fazer com que ela morresse. Estava com dor no peito, agulhada na cabeça e meu pai não tinha dó dela. Minha mãe fazia o serviço, comprava coisas pra ele, cortava o cabelo dele, mas nem obrigado ele falava, nem beijava ela. Tudo isso ficou marcante em mim. Ela falava que a própria escada ia matá-la. E matou mesmo, parece que ela estava adivinhando.

Por isso que eu falo para você: ela começou a ficar doente, eu comecei a sofrer mais ainda... Eu chamava o SAMU para levar ela toda hora para o hospital, levei no S.J.⁶⁴, no M.G.⁶⁵, na P.⁶⁶. Levei tudo, tudo isso. Uma vez eu a levei no M.G. e salvei a vida dela. Deu problema no coração e no pulmão. Quando ela teve alta eu cuidei dela, a troquei, fiz tudo. Só uma coisa eu nunca mais esqueci: minha mãe falou para a enfermeira do Mário Gatti que eu era um anjo, um anjo da vida dela. Ela sabia que eu fazia tudo, punha ela na cama, fazia comida.

Agora tudo acabou. Só ficou a lembrança da minha mãe. E isso é muito marcante, muito doloroso. Eu não estou agüentando mais. E, por isso, depois que eu perdi minha mãe, eu taquei fogo no corpo duas vezes. Taquei bastante álcool no corpo e risquei o fósforo. Meu pai estava dormindo. Na primeira vez ele me socorreu em tempo, me mandou para o chuveiro, jogou água e apagou tudo. Doeu muito. 24 horas de dor, dor, dor, dor mesmo. No dia seguinte vim para o CAPS. Levaram-me para Itu⁶⁷. Fiquei mais de três, quatro meses fazendo enxerto, tudo. Depois voltei para casa, meu pai aceitou. Na segunda vez, me levaram para Limeira⁶⁸, mas meu pai não quis me aceitar de volta. Não me quer mais em casa, não quer.

Quando eu pus o fogo no corpo estava sentindo coisa ruim. Pensamento ruim, coisas que falavam. Todo mundo falou para eu rezar, porque quando a tentação pega em você, pega mesmo. Eles querem isso, querem tentar a pessoa para ela fazer o que eles querem. Olha a beleza que ficou no meu corpo. Tudo marcante. Eu pensei que fazendo isso poderia descansar desse mundo e ir com a minha mãe. Para quê? Sofri 24hs de dor, fiquei vários dias no hospital, sofrendo enxerto, cortando aqui, cortando ali. E me falaram que se eu morresse, não encontraria minha mãe, ficaria na escuridão. Deus não daria permissão

⁶⁴ Unidade básica de saúde da região de moradia de Silvia.

⁶⁵ Hospital geral e Pronto Socorro da cidade.

⁶⁶ Hospital Universitário e Pronto Socorro da cidade.

⁶⁷ Cidade onde há um hospital especializado em tratamento de queimaduras de terceiro grau.

⁶⁸ Idem.

porque não gosta que ninguém tire a vida. Ele acha que quando chega a hora, ele mesmo tira.

Agora eu tenho aqui o benefício que a D. e a G. arrumaram. A G. é a médica da minha referência. 380 reais está bom. Dá para pagar aluguel, porque se eu não tivesse dinheiro para o aluguel, estaria na rua. Dá para comprar uma roupinha, fumar, comprar as coisas de comer.

Faz mais de um ano que eu estou morando sozinha. Meu pai não quer saber. Veio só umas várias vezes aqui, depois não voltou mais. Não se interessa. Nem foi ver onde eu moro. É assim... Fazer o que... É isso que eu tenho para contar, minha vida é essa.

Eu tenho cinco irmãos. São todos casados, têm saúde, casa própria, filho, carro, trabalham. São irmãos por parte da minha mãe biológica. Minha mãe adotiva só teve um filho, mas eu só conheci ele por retrato, porque ela perdeu. Ele subiu na mesa e ficou quietinho. Mas, assustou com um rojão e caiu. Bateu a cabeça e teve hemorragia interna. Desde aquele dia, meu pai judiou até matar a minha mãe. Jogou na cara dela que ela não era competente para cuidar de filho. Ela me contou tudo. Um dia eu queria trazer o retrato dela antes de morrer. Ela estava pele e osso.

Quando minha mãe estava boa, ela cuidava de mim e eu cuidava dela. Nós éramos uma ligada com a outra. Ela passeava comigo, comprava coisa pra mim. Coitadinha, minha mãe era a coisinha mais linda da minha vida. Por isso que eu te falo: só rezo para Deus não fazer uma coisa ruim em mim de se suicidar, essas coisas. Que dê um pouco de felicidade para mim, que tenha dó de mim e me leve embora desse mundo para eu descansar.

Na minha infância, minha mãe cuidava bem de mim. Dava banho em mim, me levava pra escola. Eu fiquei pouco tempo na escola, porque não entrava as coisas na cabeça. Fui no mobral, fui em tudo, mas não consegui estudar.

Faz mais de dez anos que eu me trato aqui no CAPS. Foi o psiquiatra do Posto de Saúde que me encaminhou pra cá. Ele disse que não tinha hospital, mas tinha o CAPS. Eu estava ruim, estava agressiva em casa, não comia, batia as portas, andava pra lá e pra cá, falava sozinha, dava soco na parede, fazia mil coisas. Nem gosto de lembrar. O que faz ficar agressiva é problema. Nervo enfraquecido, não tem cura. Não adianta tomar remédio porque não tem cura. É essa doença que eu tenho, não lembro o nome que estava no laudo

dos hospitais. Quando estou com crise, tenho sentimento muito ruim, sensação ruim que dá, que as pessoas são ruins. Tudo isso foi acumulando.

Como é mesmo o nome daquela doença das pessoas que não têm coração? Aquele negócio que os bandidos têm, que a turma fala... Têm vontade de matar uma pessoa... Esquizofrênica! Agora lembrei: é esquizofrenia a doença que eu tenho. Está no laudo de todos os hospitais em que eu internei. Essa doença não tem cura, tem que só viver na base de tratamento completo, mas não tem cura. A D. falou que tem diversas esquizofrenias, mas a minha não sei qual que é.

Falam que a esquizofrenia é para matar, é de gente que não tem sentimento. Mas eu tenho sentimento. Eu choro até demais. Minha esquizofrenia é de outra forma, dessa forma não. Eu tenho coração. Se não tivesse, não gostaria da minha mãe, não estaria sofrendo essa angústia, essa mágoa, esse vazio que está aqui guardado. Eu tenho sentimento e quem tem essa doença não tem. Então, não sei o que aconteceu. Ou eles erraram no laudo, ou não sei. Eu tenho dó dos outros, tenho dó de tudo, até dos cachorrinhos eu tenho dó. Eu não vou mentir: eu gosto de cachorrinho. Tive quatro cachorrinhos, que cuidava com a minha mãe. Meu pai nunca gostou. Em vez de tratar, ele judiava. Nós dávamos comidinha, agradávamos, brincávamos, tudo direitinho, sem problema algum.

Outros sentimentos que eu tenho são de tudo. De eu não morar mais com o meu pai, ser desprezada totalmente pela minha família, ninguém liga mais pra mim, ninguém me procura. Tudo isso acumulou e fica aqui no meu peito.

Eu sei que fui adotada porque, quando fiz 15 anos, minha mãe adotiva me mostrou minha certidão de nascimento e disse que não era minha mãe. Naquela hora me revoltei, foi quando começaram as internações. Mas depois de tomar tanto remédio, pensei bem que mãe é aquela que me criou e não aquela que me pôs no mundo. E comecei a acalmar, a tratar bem ela e meu pai, tudo direitinho. Depois, há uns tempos atrás, deu problema. Foi acumulando, acumulando... Não queria limpar a casa, não queria sair no sofá. Meu pai que tinha que fazer tudo. Agora estou fazendo, mas antes eu estava ruim, não fazia nada. Eu falava para o meu pai que não estava boa, mas ele não ligava. Eu até urinava no sofá, até sujar o sofá eu sujei. Meu pai não estava nem aí. Poderia ligar para o CAPS, para eles irem me buscar, mas ele achava que não estava acontecendo nada. Aí aconteceu. Depois me tocou de casa. Tudo isso é a minha vida detalhadamente, é o que eu posso contar com toda

a honestidade e franqueza. Se eu tivesse nascido morta, como acontece quando nasce prematuro, coitadinho, se eu tivesse morrido ao nascer, agora não estaria sofrendo. É muito que a gente vê. Tem bebês que nascem prematuros, precisam ficar na UTI, coitadinhos, tem mães que abortam... Não posso te garantir nada, essa vida minha foi sempre miserável.

Será que na U⁶⁹. não há um lugar para eu me tratar? Eu estou precisando de um tratamento hospitalar. Fazer um bom tratamento, para voltar a ser aquela pessoa que eu era antigamente, alegre, feliz, cheia de esperança na vida. Depois das internações eu saía outra pessoa.

Aqui no CAPS eu venho todo dia, de segunda a domingo. Passo o dia inteiro, janto e vou embora depois de tomar o remédio da noite. Meu tratamento está bom. Antes não estava. Eu só tomava o remédio e ia embora. Aí começava a fugir, ia pra lá, ia pra cá, e ninguém sabia onde eu estava. Agora mudaram o contrato e está tudo certo.

Tenho a minha referência aqui no CAPS. Referência é uma pessoa que toma conta da gente. Ela toma conta de mim, ela é minha responsável, é ela que comanda tudo direitinho o que eu tenho que fazer, é ela que arrumou o benefício pra mim, que fica com o dinheiro, é ela que controla tudo. Isso é muito bom. Para falar a verdade, a D., pra mim, representa tudo, ela é um anjo pra mim. Representa muito, muito mesmo pra mim. Ela é um anjo que desceu do céu.

O trabalho da D. me ajuda por tudo. Pelas palavras, pelos conselhos, pelo apoio... Tudo o que ela pode fazer, ela faz. Isso me deixa muito feliz, muito feliz mesmo. Todos os funcionários do CAPS são muito bons para mim, são maravilhosos, formidáveis. Mas eu me apeguei mais com a D. A gente achar que a pessoa está ajudando, que faz tudo por nós, é o que faz a gente se apegar.

Além da D. eu tenho mais dois referências, mas eles são técnicos de enfermagem. E a D. é enfermeira chefe. Eu adoro e amo todos eles, mas a D. é mais importante pra mim. O trabalho da referência é importante porque ela dá força. Se precisamos de alguma coisa, é só chamar que ela resolve na hora o problema. A D. começou a ser minha referência quando eu estava morando com o meu pai. Ela foi na minha casa para me conhecer. Me falaram que ela ia ser a minha referência. Antes dela, tive a L., a F. e a Z. como referência.

⁶⁹ Hospital Geral que tem um setor de psiquiatria. Silvia estava destinando essa resposta a mim, uma vez que me apresentei como pesquisadora da universidade à qual pertence esse hospital.

Mas, as outras não eram como a D., eram mais fechadas, mais bravas. A D. é carinhosa com todo mundo. Isso é o valor dela. Ela tem carinho por todos os pacientes, seja homem, seja mulher. Qualquer um ela trata bem, com todo o respeito, o carinho, a educação.

Cada paciente tem uma referência. Se o paciente estiver em crise, se tiver algum problema, o referência deixa ele no leito. O leito é aqui, dormir e ficar aqui, uns tempos internado. Se o referência achar que o paciente não está em crise, e o médico, mais a equipe, também concordar, ele fala que não precisa ficar no leito. É assim que a D. fazia comigo: quando via que eu não estava bem, me dizia que já tinha posto meu nome na lousa⁷⁰ e que eu ficaria no leito até ficar boa. Eu acho isso muito bom, porque faz o tratamento de acordo.

A referência sabe do que o paciente precisa porque nós falamos. Nós chegamos e falamos. E eles providenciam tudo. Não é sempre que eles conseguem, mas quando dá certo, conseguem. Eles conseguem porque vão de perua em casa, vão falar com a família, tudo isso. É importante demais eles irem em casa falar com a família.

Para melhorar ainda mais o meu tratamento, eu precisaria começar a trabalhar. Eu gosto de cozinha. Se arranjasse um serviço na culinária, seria bom. Passaria o dia trabalhando e juntaria um dinheiro.

Aqui eu converso com a D. de sexta-feira, no grupo de referência. É um grupo de todos os pacientes. Cada paciente tem uma referência e cada dia tem um grupo. É um grupo que faz bem. Todo mundo fala o que está passando, para os profissionais saberem. No meu grupo vamos eu e os outros pacientes que são da referência da D. Nos encontramos toda semana. A médica não participa.

No hospital a gente fica presa, por uns tempos. Tratando. Tem outros remédios. É diferente do CAPS. Quando a gente precisa não pode exigir. Para quem viveu tanto tempo internada não há problema algum.

Aqui no CAPS eu faço grupo de culinária de quinta-feira e terapia de terça, com a psicóloga. O tratamento dos psicólogos é diferente do das referências. A psicóloga trata de outra forma, ela quer ver o problema, a doença. A referência é diferente. O que o psicólogo fala com a gente, ele é obrigado a contar para a referência. Nosso estado, nosso

⁷⁰ Lousa que fica na sala de equipe e é utilizada para que os profissionais anotem o nome daqueles pacientes para quem indicam leito noite.

comportamento, ele conta tudo. A referência ajuda a ficar sempre de olho para ver se o paciente não erra, não faz nenhuma besteira, não rouba. Ele fica de olho através do que o paciente fala. O psicólogo não fica de olho nisso. É bem diferente o jeito de conversar com o psicólogo e com o referência, mas é muito difícil explicar qual é a diferença.

No meu tratamento o que tem de mais importante é tomar remédio direito, se comportar bem, comparecer todo dia aqui. O remédio e o carinho da turma é o mais importante no tratamento.

A referência está sempre junto de nós, é responsáveis pela gente. Como trata, eles são responsáveis. Se acontece alguma coisa, eles são responsáveis para ajudar. Se você passa mal, por exemplo, eles vão no médico, fazem um papel e levam para o Pronto Socorro. A responsabilidade, quando passamos mal, é do referência e é nossa.

Algumas observações sobre a entrevista com Silvia

Silvia me recebeu bem e disse estar à minha disposição. Durante toda a entrevista manteve uma postura própria de alguém que estava oferecendo uma ajuda e esperava ser útil. Emocionou-se em alguns momentos, sobretudo quando falava da mãe e quando ergueu a blusa para me mostrar as cicatrizes da queimadura. Sempre que se referia à D., sua referência, parecia preocupada em exaltar o quanto ela era muito boa.

O momento ruim da entrevista foi no final. Parecia-me que Silvia ainda possuía o que me contar, mas ela interrompeu a fala ao perceber que, fora da sala (que tinha uma porta de vidro), as pessoas estavam se organizando para irem ao seu grupo de referência. Ela disse que precisaríamos encerrar, porque a D. a esperava no grupo. Realmente, D. foi até a porta de vidro para sinalizar que o grupo começaria em instantes. Concordei que finalizássemos, mas disse que poderia voltar num outro momento, ou esperar pelo término do grupo, para continuarmos a nossa conversa. No entanto, ela disse que não tinha mais o que me dizer e pareceu-me irritada com a minha proposta. Deste modo, encerramos. Ela se despediu dizendo que esperava ter me ajudado. Não quis ouvir a gravação e disse que eu não precisaria voltar lá para ler o que ela me contara, pois conhecia bem tudo o que me falou. Mas, acrescentou que não se incomodaria se quisesse voltar para perguntar mais alguma coisa.

6.2 Narrativa da Entrevista feita com Helena

Comecei⁷¹ a ser internada há cerca de quatro anos. Fui internada contra a minha vontade. Era usuária de drogas e minha família me internou. Fiquei muito revoltada, tinha filho pequeno. Minha mãe me pegou numa padaria, bebendo cerveja com meus amigos e com meu filho. Ela tomou meu filho de mim. Depois disso, fui para casa, peguei meu filho, matei ele e depois tentei me matar. Não consigo falar muito sobre isso... Fiquei quinze dias internada na UTI e quinze dias na Psiquiatria da P.⁷² Depois fui para a cadeia, onde fiquei um mês. Lá as meninas cuidaram de mim, porque eu estava doente e não andava. Quando tentei me matar, cortei uma veia do pescoço que atingiu a perna. Hoje ando com dificuldade, ainda faço fisioterapia e, por isso estou melhorando.

Depois de um mês, meu pai arrumou um advogado do estado (porque não podia pagar), que me tirou da cadeia. De lá eu vim para o CAPS, em leito-noite, mas estava desanimada, queria ir embora, me sentia muito presa aqui. Então, ligaram para o juizado e decidiram que precisaria ficar no C. F.⁷³ Eu não sabia por quê. O advogado havia dito que eu estava livre e estavam querendo me prender no hospital. Explicaram que quem decidiu que eu precisava me manter internada foi o juizado da infância, pois eu estava grávida de novo. Fui descobrir que estava grávida quando fiquei na UTI da P. Antes disso, nem sabia.

No C.F foi melhor porque fiquei menos presa. Comecei a fazer o pré-natal e, por isso, ia toda semana para a Unicamp. Então, saía um pouco... Lá no hospital as psicólogas sempre vinham falar comigo, perguntavam se eu estava melhor, me chamavam para tomar o remédio. Mas, com certeza no CAPS é bem melhor, porque aqui a gente pode vir e voltar para casa. Quando fiquei em leito era uma ocasião especial.

Meu filho nasceu na U⁷⁴. Pedi para vê-lo. Era um menino também, assim como o primeiro. Minha mãe o viu três vezes, ela queria o pegar, mas não deixaram. Levaram-no

⁷¹ A entrevista de Helena fora feita no CAPS onde ela se tratava. Esse CAPS organiza seu trabalho de referência através de trios de referência, compostos por um profissional de nível superior e dois profissionais de nível médio. Cada três trios compõem uma equipe de referência. Todos os trios devem ser acompanhados por um médico.

⁷² Hospital geral que possui uma ala de psiquiatria.

⁷³ Serviço de Saúde Mental que possui uma unidade de internação psiquiátrica.

⁷⁴ Hospital Geral que possui um setor de obstetrícia.

para o abrigo. Depois do parto, eu fiquei na Psiquiatria da U.⁷⁵. Não me deixaram ir embora ainda. Nessa época, minha referência aqui do CAPS, que era a A., estava fazendo um benefício para mim. Isso me ajudou muito. Eu nem me preocupava. Ela começou a fazer a papelada e me falou: um dinheirinho para você. Eu concordei, porque dinheiro é sempre bom. Fiquei na U. vinte dias e, depois disso, falei que poderia ir embora. Mas, o médico, que não gostava muito de mim, porque não me dei bem com os médicos de lá, disse que eu precisaria voltar para o C.F. Fiquei revoltada, comecei a chorar e a conversar com meus colegas.

Quando cheguei no C.F. conversei com a C., a gerente. Perguntei porque precisaria ficar lá se o meu advogado dissera que eu estava livre. Ela explicou que era ordem médica, disse que eu deveria ficar mais uns dias, para verem como eu estava e, depois me deixariam ir embora. Fiquei lá por cerca de sete meses. Nesse tempo meu benefício saiu e pude guardar dinheiro. Logo que saí dessa internação, fui morar com uma colega lá do C.F. Eu vinha para o CAPS três dias por semana. Deveria vir mais, mas não era possível porque não havia transporte. Meu pai não podia me trazer porque estava trabalhando, por isso, eu dependia da perua do CAPS que me trazia e me levava embora. Fiquei morando lá por um ano. Depois, arrumei uma casinha aqui perto do CAPS e me mudei. Hoje moro sozinha. Minha casa é um cômodo num quintal onde há outras cinco casinhas.

Nesse tempo fiquei em leito noite aqui no CAPS, porque tive dificuldade de adaptação do remédio. Sentia muita tontura... Minha médica pediu que eu ficasse uns dias aqui até me adaptar melhor. Agora, eu venho duas vezes por semana.

Faz uns quatro anos que tudo isso aconteceu. Fui internada a primeira vez em 2004, quando eu tinha 21 anos. Antes disso, minha vida era normal. Eu tinha muita briga com a minha mãe. Ela nega, mas eu lembro que ela me batia muito. Hoje nós nos damos muito bem, eu a amo. Ela me ajuda, faz comida para mim às vezes... Meu pai me ajuda a limpar a casa, me traz para o CAPS e me leva para a fisioterapia...

Na primeira vez em que eu e minha mãe brigamos feio, ela quis me mandar embora de casa. Meu pai não admitiu e construiu um comodozinho com banheiro para mim no quintal de onde eles moravam. Lá havia uns vizinhos que trabalhavam numa fábrica de calhas e começaram a me xingar. Minha mãe fala que eu ouvia vozes, mas não era isso, eles

⁷⁵ Mesmo hospital geral. Possui um setor de psiquiatria.

me xingavam mesmo. Comecei a discutir com eles, perguntar porque estavam me xingando. Por isso, minha mãe me mandou para o CAPS. Vieram me buscar. Eu não queria conversar com nenhum médico, achava que não estava doente. Pegaram-me a força, me deram injeção e me levaram para um lugar que não sei onde é. Dizem que é o C. F., mas não é. Fiquei lá um dia e não dormi. Já era tarde quando cheguei lá. Um paciente conversou comigo e chamou o psiquiatra. Ele era muito gente fina, disse que eu poderia ir embora e me mandou para o CAPS.

No CAPS conversei com um psiquiatra que me deixou ir embora, quando meu pai veio me buscar. Isso aconteceu um ano e meio antes do que contei antes⁷⁶. Fui para casa e não tomei o remédio que me deram. Mas, fiquei em depressão. Não falei para ninguém, mas passava o tempo todo no meu quatinho chorando, porque me trataram como uma louca. E eu não era louca. Depois melhorei, comecei a namorar e engravidei.

Meu namorado foi preso, quando eu estava grávida de quatro meses. Quando meu filho estava com quatro meses, ele saiu da cadeia e nós íamos nos casar, até arrumamos uma casa e levamos alguns móveis. Mas ele me bateu. Nesse momento, não falei nada para ele, porque ele não me deixaria ir embora. Depois que passou algum tempo, peguei o carro do pai dele e disse que iria em casa buscar algumas coisas que estavam faltando. Quando cheguei lá disse para minha mãe (já estávamos nos dando bem) que ele havia me batido e que eu não voltaria para a casa dele. Ele foi me procurar e eu estava dormindo. Passado alguns dias ele foi preso novamente, porque tentou roubar um carro a mão armada. Após alguns dias, aconteceu o que aconteceu⁷⁷. Uma história triste.

Eu estudei até a segunda série do segundo grau. Meu sonho era ser psicóloga. Estou esperando minha perna melhorar um pouquinho para que eu possa voltar para a escola. Depois do que aconteceu eu não andei. Apenas após um tempo comecei a usar o andador e, quando meu segundo filho nasceu e pude perder peso, passei a andar com a bengala, como continuo. Quando eu conseguir ficar em pé, poderei andar e estarei de alta da fisioterapia. Hoje, quase consegui.

A maioria das minhas amigas do passado casaram, tiveram filho e, por isso, não tenho muito contato com elas. Apenas duas vieram me ver duas vezes, mas são ocupadas,

⁷⁶ a morte do filho. Ela parece inibida em se referir ao fato novamente.

⁷⁷ A morte do filho.

moram longe. Arrumei uma amiga aqui, a K. Ela vai na minha casa, eu vou na casa dela. A S. e a E. também vão na minha casa, nós almoçamos lá. Elas são minhas terapeutas, são do meu grupo de referência.

Acho que estou em tratamento porque tudo o que aconteceu foi muito grave. Preciso de um tempo para esquecer, para aliviar toda a dor. Fiquei muito triste, muito mal. Não esperava perder meu filho. Preferiria que fosse eu e não ele que morresse. Eu pensei que eu fosse morrer na hora, se cortasse meu pescoço. Cortei bastante e não funcionava. Não morri porque não era para morrer. Eu queria morrer porque tinha medo de ser internada nesse lugar e de que minha mãe, ou minha irmã, pegassem meu filho para elas. Minha mãe pegou meu filho, me colocou na perua e me mandou para cá. Eu preferia ver meu filho morto do que com ela. Sei que é difícil tirar um filho de uma mãe, mas acho que ela alegraria que eu tinha insanidade mental e conseguiria tirá-lo de mim.

Talvez eu precise mesmo de tratamento. A S. me ajuda muito, muito mesmo. Ela é muito boa para mim. Mas de internação eu não preciso mais, porque com o remédio eu estou muito melhor. Talvez possa diminuir a dose do remédio agora. Com ele, me sinto mais calma. Sou bastante nervosa, quando alguém me estressa, sou capaz de bater. No dia em que bati na minha irmã, estava bem nervosa. Eu estava grávida. Um colega meu, da rua, falou mal de mim e do meu marido. Em seguida, minha irmã disse que iria me internar. Pra que... Fui em cima dela. Meu cunhado me segurou por trás e passou a mão no meu peito. Eu queria matá-lo. Ninguém acreditou em mim, quando contei o que ocorreu, nem minha irmã. Não quis falar mais nada para não atrapalhar a vida dela. Ela tem filho com ele.

Fico nervosa também quando alguém me bate. Na minha primeira gravidez eu era muito nervosa. Na segunda também. No início da minha primeira gravidez, eu estava indo na padaria, quando meu namorado, que estava bêbado, me pegou pelo braço e perguntou onde eu ia àquela hora. Ele foi me ofendendo e me empurrando. Quando cheguei em casa, peguei uma faca e cortei o braço dele. Ele começou a chorar, porque tem problema com bebida. Foi para o bar e fez um curativo. Depois de alguns dias, veio me procurar. Pedi desculpas, expliquei que estava nervosa e lembrei que ele também estava bêbado. Até hoje, ele me joga na cara, lembra que dei uma facada nele. Tenho até medo de que algum dia ele queira se vingar.

Eu amava muito meus dois filhos. Queria muito ficar grávida. Penso que perdi um filho, mas Deus me deu outro. Não está comigo, mas torço que esteja numa família boa, que o trate bem. Meu namorado me escreve sempre da cadeia. Mas, é um relacionamento muito inconstante, em que não acredito muito. Ele usava bastantes drogas. Diz que parou, mas não acredito. Também bebe. A droga é o maior problema, porque para consegui-la, ele tem que vender coisa. Ele está se recuperando, mas tem o problema da bebida, que o faz bater em mim.

Quando não acreditam em mim, não é nervosa que fico. Fico com uma angústia, uma coisa que não sei explicar. Fico nervosa quando minha irmã me bate, me insulta. Tenho duas irmãs, uma loira e uma morena. A morena tem uns 33 anos e a loira uns 26. Eu sou a branca. Depois do que aconteceu, não as encontro mais. Numa vez em que liguei para minha mãe, foi a loira que atendeu. Ela disse que estava com saudades de mim e que me escreveria. Respondi que também tinha saudades dela e que gostaria de receber suas cartas. Desliguei e escrevi para as duas. Nunca me mandaram respostas, nem perguntaram se eu estava precisando de alguma coisa. Agora não quero mais saber delas, não as procuro mais. É claro que, se as encontrar, tratarei bem, porque eu as amo. Mas atrás delas não vou mais. Se eu morrer, não quero que elas venham. Se elas morrerem, não vou vê-las. Minha avó veio me ver.

Quem me dá muita atenção são os profissionais daqui. A E. e a R. são do meu grupo de referência. Conheço a E. há muito tempo. Ela foi me ver no hospital. Logo que eu entrei no CAPS, minha referência era a A. Não gostava dela, porque ela não se apresentou, não me perguntou nada. Simplesmente chegou e disse que eu ficaria aqui de leito e repetiu o que minha mãe havia falado. Já a S. se apresentou, conversou comigo. Depois que aconteceu tudo ela foi me ver no hospital e começou a fazer atendimento individual comigo. Também vai em casa, almoça junto comigo. Isso é muito bom. A S. é minha referência, mas não é do meu grupo de referência. Acho que ela é da minha referência sim, porque, se não fosse, não me atenderia⁷⁸.

No grupo de referência, nós fazemos uma roda e falamos do que acontece em nossas vidas. Não dá para falar muito porque há coisas que são particulares. Os profissionais

⁷⁸ Através da entrevista e de esclarecimentos de S., entendemos que esta não pertence ao trio de referência que acompanha Helena. No entanto, faz atendimentos individuais com Helena, sendo, por isso, considerada por ela também como uma profissional de referência.

perguntam para cada um se estamos bem, se temos algum problema. Geralmente, eu estou bem no grupo, porque o meu remédio, que era semanal, agora está quinzenal. Acho que no meu grupo também começarei a vir quinzenalmente, até ter alta e ser encaminhada para o Centro de Saúde. Se eu tiver alta agora, vou sentir falta da S. Prefiro esperar, pois por enquanto não posso fazer nada. Há poucos dias que comecei a ir na casa da K. e ela na minha. Será melhor esperar para ter alta quando eu retomar os estudos e tiver distração.

Eu admiro muito a S. porque quando eu estava internada no C. F., meu namorado me escreveu da cadeia, pedindo uma foto minha. Eu não podia pedir para minha mãe, porque estava brigada com ela, devido a tudo que aconteceu. Então a S. tirou várias fotos minhas, me ajudou a escrever cartas. Eu não conseguia mexer a mão direito, porque o corte no pescoço afetou a mão também. Agora já mexo bem, não como antes, mas já está melhor. A S. comprava selo, envelope, mandava carta para mim. Hoje em dia, o que as pessoas da minha referência fazem de importante é conversar comigo.

Outro dia falei para a E. que eu gostaria de colocar um DIU, pois parei de tomar anticoncepcional. O Deprovera estava me engordando muito. Ela marcou ginecologista para mim, depois me ligou perguntando como foi a consulta. Conteí que não poderei colocar o DIU porque estou com um cisto. Se ele for muito grande, vou ter que operar. Segunda-feira vou fazer o exame. Então ela se preocupa comigo. Isso é muito bom. Ter com quem contar para qualquer problema... Quando não estou bem, ligo aqui. O melhor de tudo o que acontece aqui não é o remédio, nem nada. É a conversa delas, a preocupação delas com a gente. O mais importante para mim é isso.

Seria importante que os profissionais soubessem, antes das pessoas tentarem se matar, o que as pessoas estão querendo fazer. Muitas vezes é por impulso que fazemos algo. A pessoa tem algo em mente, mas não conta para ninguém. Hoje mesmo, uma pessoa, que não posso dizer quem é, porque me pediu segredo, me contou que tomou um monte de remédios. Se o profissional soubesse antes dela fazer isso, poderia tê-la chamado para conversar, ter dado um remédio calmante.

Quando eu não estava bem, daria para minha família ter percebido. Eu fiquei muito calada, engolindo o nervoso. Eu estava na padaria bebendo cerveja e depois de um copo já iria embora. Estava na metade do copo quando minha mãe chegou e levou meu filho. Fiquei brava demais. Fui para casa e discuti com a minha irmã. Então minha mãe deveria

ter visto como eu estava e não ter me deixado abandonada. Ela foi no mercado. Se tivesse me convidado para ir junto, eu iria. Mas, ela explicou que não daria, porque ela também estava nervosa. Ela também é muito brava. Chegou a conversar uns dias com a psicóloga aqui, mas não quis vir mais. Ninguém a obriga, só eu sou obrigada. Então seria bom que algum parente visse quando a pessoa está nervosa e conversasse, perguntasse se ela quer um remédio, uma ajuda, se quer dormir aqui. Talvez só um psiquiatra ou um psicólogo possa prever essas coisas.

Em certos casos, uma referência que conhece a paciente, por conversar com ela há muito tempo, poderá perceber que alguma coisa que está errada, como um pensamento de suicídio. É mais fácil para a referência perceber, do que para alguém que não conhece muito o paciente. Ela consegue perceber isso dando atenção para a pessoa. Às vezes, eu chego aqui e ninguém conversa comigo. Seria bom que houvesse mais funcionários, para que sempre pudéssemos conversar com alguém. Isso depende do poder público. No grupo de referência é importante que os profissionais também fiquem atentos. A E. já chega e percebe quando alguém não está legal. Eles estudaram para isso. Eu só consigo perceber que alguém não está bem, se ele for um colega íntimo. Sempre pergunto como meus colegas estão. Tem gente que fala que está com muito problema, que o filho bateu e o mandou para fora de casa. Eu converso bastante com meus colegas.

Seria bom que tivessem mais médicos aqui no CAPS. A médica do meu grupo era a Dra. P., mas ela saiu para trabalhar no C.F. Depois entrou a C. grávida, porque não acharam médico. Ela logo foi embora, para ganhar neném. Acho um absurdo que não haja médico para contratar com tanta gente se formando em psiquiatria. Entrou o Dr. A., que só vem à noite. Meu grupo está sem médico. Há apenas a Dr. V. e o Dr. A para conversar com todo mundo.

As minhas referências são ótimas. Ajudam-me muito. Principalmente a S., que me conhece muito. Ela sempre pergunta como está minha vida, diz que vai me ajudar. É importante sentar com o paciente logo que ele chega no CAPS, conversar com ele, saber como ele é. Assim, quando ele ficar nervoso, os profissionais já percebem.

Quando entrei aqui no CAPS, pela primeira vez, fiquei nervosa e quis pular o portão. A A. veio me segurar, de salto alto, e eu a empurrei. O porteiro teve que me segurar. Deram-me injeção e me mandaram para o quarto, deitar. Eu acordava e sentia me corpo

puxado. Chorava, chorava. Outra vez em que fiquei nervosa aqui foi depois que tudo⁷⁹ aconteceu. Queriam me mandar para o C.F., por isso, fiquei nervosa e comecei a chorar, a perguntar o que eu poderia fazer, não queria ir. A A. sentou e me falou que eu teria que ir de qualquer jeito. Então, já entendi que iriam me pegar à força. Preferi ir andando, do que tomar injeção. Eu já sabia o que ia acontecer.

Se estiver nervosa, preciso ficar sozinha, preciso que me deixem. Na minha casa tenho minha televisãozinha, meu fogão. Como a hora que eu quero. Ligo o rádio. Aqui eu não tenho nada disso, é um lugar estranho, com gente estranha. É um baque saber que você está num hospício. Aqui é chamado de clínica psiquiátrica, mas as pessoas lá fora têm muito preconceito. Passam aqui na frente e chamam de hospício. É muito preconceito. Na primeira vez em que eu fui internada, logo que cheguei, a rua inteira já sabia, comentava. Ficou uma coisa muito chata. Meu bairro é fofoqueiro. Mas, onde eu moro hoje não é assim. A senhora que mora na frente e o moço que é meu vizinho fazem tratamento aqui. A outra vizinha disse que já tomou muito remédio psiquiátrico na vida dela. Então, lá estou em casa. Nos outros lugares, há muito preconceito. Mesmo que a pessoa tenha só uma depressão, ao entrar aqui já é chamada de louca.

Meu diagnóstico no hospital era colocado como esquizofrenia. Mas, aqui a médica disse que é psicose. Acho que eu sou mais para psicose do que para esquizofrenia. Eu acho que psicose vem de psicopata, uma coisa assim. Já esquizofrenia é uma coisa esquisita, não quero ser isso não. Não sei o que significa certinho, mas acho que nervoso talvez seja um nome mais apropriado para dizer o que eu tenho, ou uma depressão... Não sei... Ninguém nunca me falou. Eu gostaria de perguntar para a médica, mas ela foi embora. Está difícil de encontrar um tempo para conversar com do Dr. A., que é o médico que trabalha aqui atualmente. O remédio me acalma bastante. Tenho sono, durmo bastante. Dizem que não seria para causar sono, mas causa.

O que eu acho mais importante aqui é a conversa, o diálogo, a preocupação dos referências. Principalmente a preocupação. É assim: os profissionais olham para os pacientes no grupo de referência, vêem aqueles que não estão com uma carinha muito boa, que não estão bem... Se alguém faltou, eles ligam para saber o que aconteceu. Reconhecem. O remédio também é importante. Não para mim, pois sem o remédio fico normal. Mas,

⁷⁹ a morte do filho

outras pessoas daqui, se ficam um dia sem remédio, começam a ouvir vozes, a ter pânico, depressão, têm uma dor no peito, angústia, vontade de chorar. É importante tomar remédio. Eu nunca tive vozes, nem pânico, mas, depressão, já tive. É uma tristeza, uma dor que dá no peito e faz a gente chorar. Mas, sempre é por um motivo.

Para finalizar, acho que o melhor lugar de tratamento é o CAPS. É um lugar onde sou bem atendida pelas pessoas. Na P. é horrível, tratam a gente muito mal. Havia um enfermeiro que me mandava andar e não respeitava o fato de eu não conseguir. Dizia que, segundo o médico, eu não tinha diagnóstico nenhum para não andar e ficava me perguntando porque eu não andava. Puxava-me da cama, me fazia cair do chão e reclamava que as suas costas estavam doendo por ter que me erguer. Eu estava com sonda. Trataram-me melhor na cadeia do que na P. No C⁸⁰. é melhor um pouco e na U. também. O CAPS fica em primeiro lugar, depois o C.F. e em terceiro a U. Lá os enfermeiros conversam e, de vez em quando, o médico vem. Eles não foram muito simpáticos comigo, não sei se em função do que aconteceu. Talvez eles tenham receio de falar com uma assassina. Tem muito preconceito. Aqui mesmo eu já sofri preconceito de usuários.

Nessa ocasião em que uma menina me chamou de assassina, eu fiquei nervosa e joguei um copo de água nela. Não podia fazer mais nada porque eu ainda não andava. Numa outra vez, ela me xingou de novo e eu joguei suco nela. Depois conversamos e ficamos colega. Ela me pediu desculpas, disse que estava do meu lado. Aconteceu também, no C.F., e uma menina me dar um soco, quando entrei no banheiro. Ela é bem locona, estava ruim. Eu não reagi, porque estava grávida e precisava proteger a minha barriga. Depois de algum tempo, a encontrei de novo e bati muito nela. Por isso, ela não mexeu mais comigo.

Aqui no CAPS é onde me dão mais atenção. Talvez seja porque os profissionais tenham mais tempo para conversar comigo. E, a gente tem mais liberdade. Não fica muito tempo no leito. O leito é para quem está realmente ruim, mas, mesmo assim, quando melhora, já vai embora. Não é como no C.F. que ficamos pelo menos uns seis meses. Aqui é melhor, porque temos liberdade. É muito bom porque a gente vem, consulta, toma remédio e já vai embora. Ficar internada é das piores coisas da vida.

⁸⁰ Trata-se do C.F. Helena se refere ao mesmo serviço como C.F, ou como C.

Algumas observações da entrevista de Helena

Helena se mostrou bastante disposta a conversar. Durante a entrevista pouco se emocionou. Parecia preocupada em se fazer entender. Nos momentos em que contava sobre o incômodo com as interações, que considera injustas, falava mais alto e se estendia mais. De modo geral, colocou-se de forma simpática, indicando gostar da atividade de entrevista.

Em vários momentos mostrava interesse pelo gravador. Olhava os números que nele aparecem, perguntava sobre o funcionamento e preocupava-se com a possibilidade de o barulho do ventilador atrapalhar na gravação. Esse interesse não me pareceu algum tipo de incômodo ou desconfiança com relação à gravação. Indicava curiosidade diante de uma situação nova e dos recursos tecnológicos.

No meio da entrevista, pediu para que interrompesse a gravação porque precisava ligar para o pai. Queria combinar o horário em que ele a buscaria no CAPS. Esse sim, pareceu ser um motivo de incômodo, relacionado com a entrevista. Ela estava preocupada com o atendimento que teria com S. Não sabia se daria tempo de fazê-lo naquela tarde. S. havia combinado de atendê-la antes da entrevista, mas teve contratempos e, na minha frente, combinou que o atendimento seria após a entrevista. Após combinar o horário que o pai a buscaria, continuou falando normalmente.

6.3 A construção de relações confiáveis como uma categoria de análise do trabalho clínico desenvolvido pelo arranjo: o que dizem as entrevistas e grupos

Nosso material de pesquisa indica que os técnicos de referência, de modo geral, estabelecem relações com os usuários marcadas por formas de proximidade afetiva intensas. Estas se delineiam, sobretudo, por um trabalho em que o profissional media várias das relações que os pacientes estabelecem com a instituição, a família, os locais de trabalho, dentre outros âmbitos de suas vidas. Nesse sentido, um dos grupos focais, cujo trabalho de referência se estrutura na forma de equipe, dentro das quais existem os técnicos de referência, assinala que o profissional de referência tem *uma função de proximidade fundamental*, tratando-se de alguém que, a despeito de outros papéis e outros vínculos, está essencialmente próximo do paciente, sendo por este reconhecido e imediatamente procurado em situações de problema.

A narrativa de Helena nos oferece indícios da importância da proximidade dos profissionais. Embora saliente que gosta de ficar na sua casa, onde pode realizar as atividades cotidianas do seu modo e no seu tempo, ela enumera uma série de circunstâncias, nas quais valoriza a proximidade das técnicas de referência, como quando estas almoçam em sua casa ou lhe fazem ligações telefônicas. Note-se que, embora Helena mostre necessidade de não se sentir controlada, ela também explicita a expectativa de desenvolver relações de uma intimidade tal, que permita que os profissionais adivinhem seus sentimentos e motivações, oferecendo-lhe alguma contenção.

Conforme vimos, Helena aponta como ponto crucial para o desenvolvimento da confiança, algumas possibilidades de contar com os técnicos de referência para a resolução de questões concretas de sua vida. Um exemplo fora o apoio recebido de uma profissional de referência para escrever cartas ao namorado, quando se encontrava internada e sem mobilidade na mão. Sua narrativa indica que, em alguns momentos de profunda crise, Helena precisava de um tipo de acompanhamento que mediasse relações do cotidiano, que a ajudasse concretamente a reestruturar a vida.

Sobre a possibilidade de ser atendida no que precisa, conforme vemos na narrativa acima, Silvia conta que sua técnica de referência, junto da médica⁸¹, providenciaram seu INSS, que é essencial para que, atualmente, possa comprar roupas, comida e pagar aluguel, sem o que *estaria na rua*. Nota-se na narrativa que, ao receber um suporte para a reorganização de questões como moradia, Silvia pôde também reestruturar outros aspectos da vida, como a relação com o pai. Para ela, quando algo se faz necessário, *é só chamar que ela [sua técnica de referência] resolve na hora o problema*. Portanto, trata-se de uma relação pautada na possibilidade que a paciente tem de contar com o apoio profissional para os conflitos do dia a dia. Outra atividade importante da técnica de referência, segundo Silvia, são as visitas que ela faz às casas dos seus pacientes, bem como as conversas que têm com as famílias deles. Ela relata ainda que seu tratamento se tornara *bom* quando pôde intensificar a presença no CAPS, deixando de frequentá-lo apenas para tomar remédio. Antes de tal intensificação, ficava andando sem rumo e sem que ninguém soubesse onde estava.

⁸¹ a médica é da equipe de referência, assim como outros dois técnicos de enfermagem. Mas, embora tenha me relatado esse fato, Silvia se refere apenas à D. como sua profissional de referência. Parece ter com ela uma relação de maior proximidade e confiança.

Laura, paciente cuja narrativa apresentaremos em outro momento, também se refere a uma condição de confiabilidade que se liga ao referenciar e explicita que isso é possível porque a técnica de referência tem conhecimento dos problemas e da história dela. Tal conhecimento torna diferente uma conversa com a técnica de referência daquela que se tem com outro profissional. Ela diz: *Quando eu ia conversar com alguém que não era minha referência, ficava complicado, porque eu precisava explicar tudo de novo. A referência já sabe o que você pensa, o que você acha, qual a sua história, o que ela vai fazer para melhorar.*

De modo geral, na perspectiva dos usuários, percebemos que o trabalho desenvolvido pelos técnicos de referência, seja num contexto de equipe ou de trios de referência, tende a associar-se, primordialmente, às condições de disponibilidade, confiança e constância de acompanhamento. Ademir, cuja narrativa apresentaremos mais adiante, define que a profissional de referência é como essa entrevista: *sigilosa, confiável...* Ele relata que, quando não está bem, procura pelos técnicos de referências, pois é neles que confia, são eles que conhecem seu problema e *sabem como lidar com ele*. Diz: *Faz diferença eles serem da minha referência porque nós somos mais perto um do outro. Temos aquele vínculo. (...) Não confio em outra equipe para falar coisa minha*. Ele espera que seus técnicos de referências façam algo que lhe tire a angústia e, nesse sentido explica que pode ser *uma conversa, um remédio, um desenho, uma pipa, uma música, qualquer coisa, desde que lhe ajudem a melhorar*.

A função de mediação da vida cotidiana

Ademir e Silvia apontam elementos que indicam que parte do trabalho dos profissionais de referência se estrutura a partir da mediação da vida cotidiana dos usuários, que envolve aspectos básicos como as suas moradias, condições para alimentação, trabalho, dentre outros. Nesse sentido, Ademir relata que seus profissionais de referência estão providenciando uma casa, próxima ao CAPS, para ele morar. Conforme vimos, Clara também diz que sua equipe de referência a ajudara a morar sozinha, possibilitando-lhe ter seu *canto, sem briga*. Já Helena atribui importância ao fato de a profissional de referência

ter marcado para ela uma consulta no ginecologista e depois ter telefonado, para saber como foi o atendimento.

Conforme descrevemos acima, os grupos de familiares corroboram a informação de que uma das funções do técnico de referência é o apoio a providências concretas, como benefícios e moradia. Cabe-nos aqui retomar algumas questões acerca da capacidade do arranjo em promover uma co-responsabilização pelo tratamento e em contribuir para ganhos de autonomia dos usuários e familiares. Nesse sentido, nos perguntamos: como o arranjo inclui os familiares e usuários nessas providências? De que modo ocorre a co-responsabilização ou o compartilhamento do projeto terapêutico? É possível *saber tudo e sempre ajudar?*

Como vimos, Helena oferece ainda outros elementos acerca da qualidade de proximidade da relação entre técnico de referência e usuário. Ela conta que um dos aspectos principais do tratamento é a possibilidade de os funcionários *perceberem* quando o paciente não está bem, antes que ele cometa algo de ruim consigo ou o outro, como um suicídio. Quem possui tal percepção, segundo ela, são os profissionais de referência, que através das conversas, conseguem conhecer os pacientes e saber o que se passa com eles assim que os olham. Ela argumenta: *É assim: os profissionais olham para os pacientes no grupo de referência, vêem aqueles que não estão com uma carinha muito boa, que não estão bem... Se alguém faltou, eles ligam para saber o que aconteceu. Reconhecem.*

A importância de poder contar com alguém que já a conhece e está disponível nos momentos necessários é bastante explicitada por Viviane, cuja narrativa apresentaremos mais adiante. Como comentamos no capítulo anterior, segundo ela, nas situações de crise não é possível relatar toda a sua história para alguém que ainda não a conhece. Ela diz: *No momento que quero desabafar, não consigo falar. No meu caso, tem que haver uma pessoa constante. Se a pessoa muda, já não consigo falar. Quando estou em crise, não tenho paciência de falar as coisas. Fujo do problema.*

Questões ligadas à confiabilidade

Conforme mostra a narrativa acima, Silvia refere-se à profissional de referência, pela primeira vez, quando relata uma vivência que parece estruturar seu modo de sentir e se

posicionar no mundo. Diz que se trata de algo difícil de ser entendido, mas que a D., sua referência, sabe. Então, continua relatando que possui um problema: é diferente das outras mulheres, porque, embora possua um corpo feminino, gosta de mulheres. Atribui essa condição ao desejo que sua mãe possuía de que ela fosse homem. Conseqüentemente, *não nasceu nem bem homem, nem bem mulher*. Resgatamos aqui essa passagem porque nela Silvia comenta, com bastante ênfase, que quando contara sobre essa sua situação para a sua profissional de referência, esta não se assustara. Pelo contrário, dissera que *é enfermeira padrão, que conhece muita gente assim. Gente do maior caráter, da maior postura, gente finíssima*. No relato de Silvia, percebemos que a possibilidade de contar com o acolhimento e legitimação da técnica de referência, a quem ela atribui um lugar especial, lhe permitiu tratar dessa questão com o restante da equipe do CAPS e se sentir menos discriminada pela sociedade.

De forma geral, os pacientes entrevistados entendem que o profissional de referência consegue conhecê-los e oferecer-lhes o que precisam porque conversam com eles, mas também se colocam próximos de suas famílias, inclusive, fazendo visitas a suas casas. Silvia explica: *A referência sabe do que o paciente precisa porque nós falamos. Nós chegamos e falamos. E eles providenciam tudo. Não é sempre que eles conseguem, mas quando dá certo, conseguem. Eles conseguem porque vão de perua em casa, vão falar com a família, tudo isso*. Também nos grupos focais, os usuários contam que a técnica de referência é a pessoa a quem mais procuram para conversar e, em quem cofiam. Já os familiares afirmam que a profissional de referência é aquela que *sabe tudo sobre o paciente, que anota tudo e lhes dá as informações*. Também apontam diversas situações, sobretudo nos momentos de crise, em que podem contar com a técnica de referência em suas casas, o que permite aos profissionais lhes conhecer melhor.

Essa condição de conhecer profundamente o paciente e construir com ele uma relação confiável pode se ligar à idéia, enunciada num dos grupos de profissionais, acerca da *função de proximidade fundamental* desenvolvida pelo profissional de referência. No entanto, tal proximidade parece imprimir no profissional de referência certo poder mágico, definido por Helena como uma capacidade de saber, ou adivinhar quando os pacientes não estão bem, e por Ademir como a habilidade dos técnicos de referências em lhe passar *uma força, uma energia*, em fazer por ele o que *só Deus mesmo* pode entender. Na mesma

direção, como vimos, Joana defende: [profissional de referência] *É igual ao médico: só de olhar para o paciente, já sabe se ele está bem ou não*. Portanto, os pacientes confirmam a impressão, expressa num dos grupos de trabalhadores, de que o técnico de referência *carrega consigo um pouco da verdade da história do paciente*. Porém, se por um lado, para os profissionais esse “carregamento” acarreta o ônus de ser colocado como único responsável pela vida do usuário, por outro lado, ele é reconhecido pelos pacientes como um dos fatores que sustentam a terapêutica.

Ademir explica que demorou a conseguir confiar nos seus técnicos de referências. Logo que chegou ao CAPS *era muito bravo* e, então, um dos profissionais lhe dissera que era da sua equipe de referência e que poderia ser procurado, sempre que fosse preciso. Também falou o nome de outras duas funcionárias que eram da *sua referência* e poderiam ser chamadas nas situações difíceis. Segundo Ademir, a relação de confiança fora se desenvolvendo conforme essas pessoas lhe diziam que ele *não precisaria ficar bravo e quebrar um vidro, falavam que (...) poderia resolver as coisas de outra maneira, poderia procurá-los para conversar, numa boa. (...) O C. falou que quando eu não estivesse bom, eu deveria procurar por alguém da equipe, pois eles dariam um jeito. E dão mesmo*.

Conforme veremos adiante, Laura conta que tivera algumas profissionais de referências, ao longo do seu tratamento. Entende que é na relação do dia a dia que essas profissionais vão a conhecendo e a confiança pode surgir. Ela descreve uma situação em que contara para sua técnica de referência que um pastor tentara atropelá-la, porque *é doido e queria matá-la*. A profissional de referência acreditou nela e a orientou que fazer um boletim de ocorrência, o que pareceu tranquilizá-la. Note-se que houve, nessa situação, uma escuta articulada ao social, ou seja, aos caminhos que os cidadãos podem escolher quando se sentem ameaçados. Além disso, segundo Laura, quando uma profissional de referência sai do CAPS, ela conta a história do paciente para a outra profissional, que irá substituí-la. Este é um outro modo através do qual é possível que o técnico de referência saiba tudo sobre seu paciente.

Para explicar como se desenvolvera a relação de confiança que possui com sua técnica de referência, Laura dá o exemplo de uma situação que vivera num Pronto Socorro de um Hospital Geral. Relata que chegara lá com dores de barriga, mas o médico achara que *era coisa da cabeça* dela e tentara lhe aplicar uma injeção. Diante de sua recusa, o

CAPS fora acionado e sua referência fora para lá. Levara-a embora porque: *ela sabe que é verdade o que estou falando. Conteí que eu não estava lá por causa de doença de CAPS e sim por causa de problema de saúde. O médico acha que eu sou louca, mas a referência sabe que eu sinto dores provocadas pelo atentado terrorista.* O relato de Laura também evidencia que a relação de confiança se estrutura a partir da mediação de vivências do cotidiano de vida dos usuários, mediação esta que se faz a partir de um posicionamento ético, conforme veremos adiante.

Acerca das questões que envolvem tal posicionamento, Helena nos dá algumas informações quando salienta que o desenvolvimento da relação de confiança com sua técnica de referência não ocorrera naturalmente. Relata que não gostava de sua primeira técnica de referência, pois, quando se conheceram, essa profissional não se apresentara, nem conversara, restringindo-se a impor que Helena ficasse em leito noite e a repetir falas da sua mãe. Mas afirma que gosta muito das outras técnicas de referências. Relata que S. fizera diferente: apresentara-se, conversara com ela e fora visitá-la no hospital, na ocasião da internação. Lembra que S. faz atendimento individual com ela e vai até a sua casa, para almoçarem juntas, o que descreve como sendo *muito bom*. Além disso, outra profissional de referência, sem que ela tenha se preocupado, providenciara seu benefício, essencial para sua sobrevivência hoje em dia.

De modo geral, portanto, a confiança parece se desenvolver através das conversas, da longa e constante convivência, que passa por períodos de intensos sofrimentos emocionais, e da possibilidade de os profissionais de referências providenciarem alguns suportes para a vida prática dos pacientes. Desse modo, cria-se uma atmosfera próxima do que fora nomeado num dos grupos de profissionais como uma *função operativa* que *procura o que o paciente precisa*.

Diferentes relações interpessoais, segundo a estruturação do arranjo

Note-se que os entrevistados descrevem ações de acompanhamento executadas por um ou outro técnico de referência e não pela equipe, como um conjunto. Porém, aqueles que atribuem lugares especiais e enfatizam mais a relação com uma profissional em específico, como Silvia e Helena, são usuários que se tratam em CAPS que estruturam seu

trabalho no modelo de trios de referência. Conforme vimos, Silvia evidencia uma relação especial com sua técnica de referência ao dizer que *além de D.* [a técnica de referência principal], *eu tenho mais dois referências, mas eles são técnicos de enfermagem. E a D. é a enfermeira chefe. Eu adoro todos eles, mas a D. é mais importante pra mim.* Helena demonstra atribuir maior importância a uma das técnicas de referência, a S., pois diz: *As minhas referências são ótimas. Ajudam-me muito. Principalmente a S., que me conhece muito.* No entanto, ela valoriza o trabalho de outras profissionais de referência, com quem mostra possuir relações significativas.

Usuários de CAPS que trabalham com equipes de referência apontam funções importantes para os diferentes profissionais que compõem a sua equipe, explicando que *são da sua referência*, mas sem destacar, de modo tão enfático como faz Silvia, alguma especificidade da relação que estabelecem com cada um deles. No nosso entendimento, não precisamos questionar o fato de os usuários identificarem relações mais ou menos importantes com um profissional de referência ou outro, já que diferenças de proximidade são naturais, quando existem também diferenças de tarefas, posturas e estilos assumidos por cada trabalhador. O que nos parece relevante questionar é a circulação do referenciar entre os diversos componentes, seja do trio ou da equipe. Tal circulação, que possibilita ao usuário experimentar diferentes tipos de relação, é que se coloca como fundamental, ainda que nela algumas relações se estruturam de modo mais significativo que outras.

Nosso material empírico não nos permitiu compreender possíveis razões para as diferenças no tipo de relação interpessoal estabelecida entre usuários e profissionais, segundo a organização do arranjo em trios ou em equipes de referência. A narrativa de Silvia nos indica uma condição peculiar dela, que requer a estruturação de relações mais centradas numa única pessoa, com quem pode desenvolver seu processo de identificação. Essa peculiaridade poderia justificar a diferença acima apontada, independentemente do fato de estarmos tratando de uma organização do arranjo em trios e não em equipe. Porém, outras hipóteses seriam pertinentes, tais como a possibilidade de os trios terem um potencial menor para *diluir* a intensidade das relações entre seus componentes (diluição esta que pode não se fazer necessária para o caso de que estamos tratando). Poderíamos supor ainda que, coincidentemente, o caso de Silvia apresenta questões ligadas a hierarquias profissionais que se reproduzem na cultura institucional, de tal modo que ela

valoriza aquele profissional cuja categoria (enfermeira) costuma ter um papel de ascendência e dominância, em relação aos técnicos de enfermagem, que compõem seu trio. Nesta perspectiva, deveríamos questionar o grau de interdisciplinaridade e de trabalho no *campo comum* desenvolvido pela equipe que trata de Silvia.

Esse panorama, contudo, confirma nossa observação de que o arranjo, embora, na maior parte dos CAPS, possua uma estrutura coletiva, ou almeje estruturá-la, é flexível no sentido de permitir que os usuários desenvolvam relações pessoais com um ou outro técnico de referência, segundo suas necessidades emocionais e suas formas próprias de se aproximarem das pessoas. Já os familiares, como discutimos anteriormente, entendem que, dentro da equipe, há aquele profissional com quem o paciente *combina mais*, indicando uma opção por relações centralizadas num ou noutro profissional.

Vale observar que nas entrevistas individuais os usuários não valorizaram um aspecto do grupo de referência que fora claramente descrito no grupo focal de usuários: sua configuração enquanto um espaço profícuo para *colocar a cabeça no lugar* e saber como estão os demais colegas, ou seja, para constituir algum tipo de relação intersubjetiva. Outro interessante aspecto do grupo, a que os usuários não se referiram, foi o que os profissionais chamaram de uma possibilidade de desenvolvimento de uma *sensação de pertença*. Sem desconsiderar que os usuários participantes dos grupos focais não foram os mesmos entrevistados, podemos fazer a suposição de que a conformação do *setting* grupal, em parte da pesquisa, facilitara a reflexão dos usuários acerca de outras vivências em grupo da qual participam, o que não ocorrera no *setting* das entrevistas individuais. Nesse sentido, parece-nos ter sido profícuo a escolha por dois tipos de técnicas diferentes para a construção do material empírico (entrevistas individuais e grupos focais), já que esta pode ter possibilitado diferentes reflexões por parte dos sujeitos.

De modo geral, o material empírico construído junto dos usuários mostra que, com suas variações de sentido e configuração, o trabalho de referência é avaliado positivamente, servindo-lhes como um importante *respaldo*, segundo as palavras de Viviane. Tal respaldo, parece se delinear a partir de relações marcadas por grande proximidade afetiva e confiabilidade entre os profissionais e os usuários. É interessante notar que, por um lado, os usuários confiam nos seus técnicos de referência para o suporte de suas vivências. E, por outro lado, valorizam o fato de sentirem que esses técnicos confiam neles e consideram as

verdades e auto-avaliações que expressam. Parece-lhes importante também a sensação de que os profissionais lhes conhecem profundamente, mas utilizam tal conhecimento para a compreensão das necessidades que os cercam. Notemos que, entre estas, se configura a exigência de espaços pessoais de autocuidado e de poder de negociação e decisão acerca dos caminhos a serem seguidos em seus tratamentos. A seguir, nos utilizaremos de algumas tradições teóricas para discutir o conteúdo que destacamos de tal material.

6.4 A pertinência da discussão da clínica em relação ao arranjo de referência

Alguns autores apontam que a Saúde Coletiva tem considerado a clínica apenas parcialmente, de modo fragmentado. Ela ainda divide o sujeito em problemas a serem encaminhados para especialistas, ou em cidadãos e doentes. No segundo caso, tais cidadãos são escutados pelo SUS, enquanto conselheiros e co-responsáveis pela política de saúde. Já no primeiro caso, os doentes são encaminhados para os médicos, psicólogos e enfermeiros, que lhes ouvem as queixas, deslocadas de seus contextos sociais e suas potencialidades de cuidado consigo e com o seu entorno sócio-cultural (Onocko Campos, 2001a).

Nossa pesquisa indica que o arranjo de referência contribui para diminuir essa fragmentação, na medida em que propõe o acompanhamento do sujeito nas diferentes esferas de sua vida. Entretanto, o mesmo arranjo, quando tem suas funções discutidas pelos trabalhadores do serviço, mostra-se frágil quanto a definições ou fundamentações relacionadas ao campo clínico, o que pode se associar às fragmentações localizadas na Saúde Coletiva.

Como vimos, embora os profissionais identifiquem que o referenciar desenvolve um trabalho global para com os usuários, eles entendem que é preciso atribuir um *contorno clínico a esse trabalho*, que avaliam ser, em muitos momentos, deturpado pelo assistencialismo e pela burocracia. Além disso, ao admitirem que o referenciar se dá no campo da saúde mental, identificam complicações advindas da falta de especificidade desse campo, o que, segundo eles, contribui para borrar ainda mais os delineamentos da clínica. Ao mesmo tempo, percebem que, através do arranjo, podem ajudar os usuários que acompanham. Estes, por sua vez, definem os profissionais de referência como aqueles com quem possuem maior proximidade e confiança, e que os acompanha nas situações mais complicadas da vida. Ou seja, nosso campo empírico indica haver um trabalho clínico em

torno do arranjo que discutimos, embora ainda sejam necessárias mais discussões e reflexões acerca do tema.

Alguns estudos podem lançar luz sobre essas observações, ao mostrarem que a caracterização formal dos equipamentos de Saúde Mental evidencia expressiva restrição de investimentos na área clínica. Concomitantemente, os trabalhadores apenas conseguem reconhecer a dimensão clínica de suas práticas nos atendimentos psicoterápicos, nos grupos e no acompanhamento terapêutico. Nesse contexto, estreitamente associada à avaliação do que seria uma “boa clínica”, a psicanálise fica restrita ao campo da teoria e daquilo que o profissional poderia fazer se contasse com *settings* adequados, sobretudo aqueles formatados segundo o modelo do consultório particular (Lener, 2006; Figueiredo, 2004). Parece-nos que o trabalho que envolve o arranjo de referência, por ocorrer no campo de saúde mental, utilizando-se de espaços informais de contato, pode se encontrar envolvido por essas dificuldades de reconhecimento e legitimação de sua dimensão clínica, a despeito dos resultados apontados pelos usuários.

Alguns autores afirmam também que os currículos dos cursos universitários não acompanham as transformações da Saúde Pública e formam profissionais despreparados para fazer clínica fora dos modelos tradicionais do consultório particular (Figueiredo, 2004; Sivalli Campos e Soares, 2003). Nesse sentido, resgatamos as proposições de Guirado (2006) acerca da necessidade de que o trabalho psicanalítico nas instituições operacionalize algum ajuste nos planos empírico-técnico e conceitual, de modo a atender as necessidades desse contexto específico de atenção.

Consideramos que o grupo, cuja narrativa apresentamos acima, esboçou alguns desse ajustes sugeridos e pretendemos, nas seções que se seguem, discutir essas contribuições, bem como formular alguns possíveis delineamentos clínicos para o arranjo de referência. Uma dos apontamentos que nos pareceu pertinente para uma reflexão clínica acerca do referenciar, foi aquele chamado por um grupo de *manejo do cotidiano* e por outro de *função operacional, que procura o que o paciente precisa*. Nesse tipo de manejo ou de função, o profissional se coloca em relação com o paciente no seu cotidiano, seja na instituição, na casa, no trabalho dele, ou no contexto da cidade, o que impede a manutenção da transferência da lógica privada do consultório particular para os serviços públicos, transferência esta que Onocko Campos (2001a) aponta como prejudicial para a organização

desses serviços e sua eficácia clínica. No entanto, se por um lado o arranjo facilita uma possível resolução do problema da fragmentação entre questões sociais e clínicas, por outro, ele impõe uma série de desafios a serem enfrentados. Dentre eles, os profissionais destacam que o contato com o cotidiano dos pacientes, embora importante, mostra-se penoso, pois remete à imensa miserabilidade social, à necessidade de lidar com burocracias e, em última análise, ao conflito onipotência-impotência.

É certo que os trabalhadores reconhecem que é possível atribuir *um contorno clínico* ao trabalho que envolve a vida cotidiana dos usuários. Porém esse trabalho não é compreendido pelos profissionais como naturalmente clínico, em função, sobretudo, das tarefas de acompanhamento da vida cotidiana dos usuários, através de *settings* informais, tarefas estas que são próprias do arranjo de referência. Na mesma direção, não são avaliadas como naturalmente clínicas as relações estabelecidas no cotidiano da instituição, como varrer um chão ou tomar um café.

Localizamos nessa dissociação entre clínica e trabalho com o cotidiano dos usuários um dos elementos que contribui para a formação de problemas como aqueles que anteriormente resgatamos em Leal (2007): assistência estruturada a partir de práticas normalizantes, que desconsideram a subjetividade do paciente e operam dissociações entre reabilitação psicossocial e crise, ou entre reabilitação e cuidado psiquiátrico. Essa dissociação caminha num sentido contrário das concepções de subjetividade que vimos defendendo, a partir das quais se entende que a experiência de eu é condicionada pela sintonia social, de tal modo que cabe aos serviços se estruturar a partir de ações que dialogam com a experiência vivida dos pacientes e dos seus modos de produção de dificuldades na relação com o mundo (Leal, 2007).

Acreditamos que a fala dos pacientes que participaram da pesquisa indicam que, na prática, o cuidado clínico e o modo como são referenciados não estão cindidos. Eles valorizam o fato de os técnicos de referências conhecê-los integralmente e associam essa condição às conversas e também ao compartilhamento do cotidiano, à convivência nos momentos de crise e à administração de recursos de sobrevivência, como o benefício do INSS. Portanto, para os usuários, a função de referência parece integrar o que colocaríamos nos planos da reabilitação psicossocial, da clínica e de sua gestão.

Essa integração que identificamos nas falas dos usuários nos parece sustentar-se através da sensação que eles possuem de serem percebidos e compreendidos, o que lhes garante alguma ancoragem para sua existência. Inferimos que é possível associar a esse quadro algumas categorias teóricas, tais como aquelas sugeridas no grupo sobre referência. Neste, alguns profissionais falaram sobre uma possível correspondência entre a concepção lacaniana de *secretário do alienado* e o trabalho de referência. Também citaram a teoria winnicottiana como um suporte para se pensar a clínica *que se faz no concreto*. A seguir desenvolveremos uma discussão acerca dessas categorias e apresentaremos algumas outras concepções teóricas, com o objetivo de oferecer elementos para uma possível fundamentação do trabalho clínico ligado ao arranjo de referência.

6.5 Desenvolvimento de relações confiáveis e possibilidade de apropriação da própria existência

As narrativas nos mostram que o referenciar não se pauta numa só clínica, indicando, inclusive, certa carência de estruturação teórica nesse campo. Entretanto, a riqueza de significações, expressa nesse material, também evidencia a necessidade de se organizar a clínica conforme as diferenças subjetivas de cada usuário. A seguir, nos apoiaremos em experiências descritas nas entrevistas e nos grupos para apontar algumas funções clínicas que poderiam ser atribuídas ao arranjo, sem, com isso, pretender construir uma teoria clínica generalizante do referenciar.

Basearemos-nos em determinadas tradições teóricas, cuja pertinência para a compreensão e o trabalho clínico com a psicose vem se mostrando importante e sendo defendida por estudiosos do assunto (Vaisberg, 2004a; Bezerra Jr. e Ortega, 2007; Dias, 2008). Além disso, trata-se de tradições que vimos estudando ao longo de nossa formação e nas quais nos apoiamos para desenvolver nossa experiência profissional no contexto de um CAPSIII. Consideramos que tais tradições podem enriquecer nossa discussão e apontar importantes formulações para o referenciar. Mas, sabemos que, ao escolhê-las, estaremos deixando de utilizar outros referenciais teóricos, de raízes epistemológicas distintas, que nos trariam diferentes perspectivas do material em análise.

Conforme discutimos no início deste texto, para a psicanálise winnicottiana, o psicótico se encontra às voltas com problemas de ordem existencial. Ronda-lhe a dúvida

sobre a sua própria existência, tal como dada por aqueles que o cercam, e sobre a realidade do mundo em que se insere. Problemas relacionais, no início da sua vida, quando ele ainda dependia absolutamente do ambiente para sentir-se vivo e real, provocaram-lhe rupturas na sensação de continuar existindo. Estas rupturas não foram representadas psiquicamente, mas instauraram a constante ameaça da emergência das *agonias impensáveis*. Trata-se de sensações difusas, de difícil expressão e significação, justamente porque não sofreram o processo de representação psíquica. Nessa perspectiva, a psicose não é entendida como um colapso, mas como uma organização defensiva contra o colapso, cuja agonia subjacente tem para o indivíduo um caráter “impensável” (Winnicott, 1994c).

Conforme indicamos nas sessões iniciais desse texto, tal colapso tem suas raízes no início da vida do bebê, quando ele ainda se encontra em estado de dependência absoluta. Nesse estado, para amadurecer, o bebê necessita que a mãe compreenda suas necessidades mais primitivas (que dizem respeito a processos psicossomáticos) e consiga satisfazê-las a contento e de modo estável. Para tanto, ela tem que desenvolver um tipo de sensibilidade a que Winnicott (1978a) denominou de “preocupação materna primária”. Trata-se de um processo de identificação da mãe com o bebê, ao mesmo tempo, consciente e inconsciente, que é descrita nos seguintes termos:

Essa condição organizada (...) poderia ser comparada a um estado de retraimento ou de dissociação (...). Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início mesmo da vida do bebê sem perceber que ela deve alcançar esse estado de sensibilidade exacerbada, quase uma doença e recuperar-se dele. (Introduzo aqui a palavra ‘doença’ porque a mulher deve ter saúde suficiente tanto para desenvolver esse estado quanto para recuperar-se dele quando o bebê a libera). (...) (Winnicott, 1978a, p.401).

O autor segue sua argumentação apontando que a

preocupação materna primária é o que permite a construção de um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar movimentos espontâneos e se torne dono das sensações correspondentes a essa etapa inicial da vida. (ibidem, p. 403)

É esse processo que permite a constituição do ego e da sensação de um “si mesmo”, pois, ao nascer, o bebê ainda não se encontra diferenciado do outro. Sucessivas falhas na adaptação da mãe levam o bebê a reagir às invasões do ambiente, o que o impede de simplesmente “continuar sendo”. O excesso de tais “[...] reações não provoca frustração, mas **ameaça de aniquilação [...]** (Winnicott, 1978a, p. 403, grifo do autor) Esta passa a rondar o indivíduo, levando-o a constituir defesas psicóticas.

Parece-nos necessário destacar que o autor está propondo que a mãe desenvolve uma refinada sensibilidade para responder às necessidades do bebê e permitir-lhe “continuar sendo”. Portanto, não se trata de ser *pelo* bebê, ou de oferecer-lhe mais do que ele precisa. Trata-se de se adaptar ao *ser* do bebê em constituição, de permitir que sua espontaneidade aflore e de saber se retirar quando já há estruturação egóica suficiente para que o bebê organize suas necessidades e possa expressá-las no campo relacional. Nesse sentido, Souza (2007) pontua que o processo de identificação entre mãe e bebê, proposto por Winnicott, não se refere uma idéia de “indiferenciação absoluta”, mas a uma comunicação íntima e pré-verbal, em que o bebê tem uma existência pré-subjetiva. A mãe suspende temporariamente sua relação social com o restante do mundo, mas pode retomá-la, assim que o bebê tiver conquistado relativo grau de integração, ou em quaisquer momentos em que esteja prescindindo dela.

Winnicott (1994d) aponta que, diferentemente das psiconeuroses, cujas defesas se estruturam em torno da ansiedade de castração, nos fenômenos psicóticos nos deparamos com um processo relativo a um primitivo “colapso no estabelecimento do self unitário” (ibidem, p.71). Esse colapso não pôde ser incorporado pelo ego, porque fora experimentado em momentos muito precoces da vida, quando o bebê ainda não possuía uma integração psicossomática e encontrava-se em estado de dependência absoluta de sua mãe. Ou seja, o colapso não foi reunido pelo ego na sua experiência temporal e de controle, o que lhe impede de adquirir uma localização no passado e o coloca num estado de “não tempo” que ronda o indivíduo constantemente. Assim, o indivíduo que experimenta a psicose está às voltas com tal colapso e cria defesas para se defender dele (as defesas psicóticas), mas não está, propriamente, o vivendo.

Com base nessas idéias, Winnicott (1994d) defende que, não havendo representação do colapso, também não houve repressão e, conseqüentemente, ele não requer interpretação para ser lembrado. Trata-se de um paradoxo, pois aqueles que viveram esse processo passam a procurar o acontecimento do colapso, já que ele aconteceu e lhes ronda, mas não foi experimentado (porque não aconteceu na área de onipotência do ego). Nesse sentido, o colapso precisa ser revivido para que o sujeito dele se aproprie e possa administrá-lo. Caso contrário, o sujeito permanece em um quadro de constante temor daquilo que “procura compulsivamente no futuro”. Assim, a necessidade do paciente não é de interpretação, mas de suporte.

Esse suporte diz respeito ao que Winnicott (1978a) chama de *holding* e atribui ao estado de *preocupação materna primária*. O paciente requer que o terapeuta suporte todas as suas ilogicidades, que o perceba do modo como ele pode se apresentar e como pode viver suas agonias. Ou seja, que se adapte ao seu ritmo psicossomático e às suas necessidades emocionais primitivas. Essa percepção e esse suporte é que podem lhe assegurar que há ali (nele) um eu capaz de apropriar-se do seu próprio pavor.

Acerca desse trabalho “não interpretativo” do analista, Winnicott (2005a) aponta que a psicanálise é, antes de tudo, o fornecimento de um contexto profissional para o desenvolvimento da confiança. Nesse contexto, “[...] relevante é a relação interpessoal, em todos os seus riscos e complicados matizes humanos[...]”. (ibidem, p.108). O autor estende essa reflexão para o trabalho na área de saúde em geral, afirmando que os médicos, assistentes sociais e enfermeiros muito têm a aprender com a psicanálise, pois, centralmente, o que seus pacientes fazem é chamá-los “[...] a ser confiáveis de modo humano (e não mecânico), a ter confiabilidade construída sobre [sua] atitude geral”. (ibidem, p.106).

O desenvolvimento da confiabilidade requer a capacidade do profissional para a vivência de “identificações cruzadas”, ou seja, a capacidade para “se colocar no lugar do outro e permitir o inverso” (Winnicott, 2005a, p.111). Através dessa vivência, o profissional encontrará meios de oferecer ao seu paciente um suporte suficiente afim de que este encontre uma solução pessoal para os seus complexos problemas emocionais. Assim, o terapeuta terá apenas facilitado o crescimento, tal como naturalmente os pais, quando em situações saudáveis, fazem com seus bebês. Em meio a essas reflexões, o autor defende que

o conceito da tão desejada “cura” seja remetido a sua raiz etimológica, que traz a noção de “cuidado”. Mediante essa acepção do termo, ele propõe que os profissionais da área de saúde resgatem em suas práticas fenômenos naturais de sustentação e confiabilidade, que todos vivenciamos para nos desenvolver no sentido humano.

Nesse panorama conceitual, Winnicott (1983a) propõe que os distúrbios psicóticos sejam tratados através da “provisão ambiental”, que se dá no compartilhamento do cotidiano. Tal provisão, segundo o autor, pode ser executada pela “assistente social psiquiátrica”⁸², a quem caberia funções que nos parecem próximas àquelas que atribuímos ao profissional de referência. Nas palavras do autor:

[...] Você se dedica ao caso.

Você aprende a saber como é se sentir como o seu cliente.

Você se torna **digno de confiança** para o campo limitado de sua responsabilidade profissional.

[...] Você se preocupa com o problema do seu cliente.

Você aceita ficar na posição de objeto subjetivo na vida do cliente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra.

Você aceita amor, e mesmo o estado de enamorado, sem recuar e sem representar sua resposta.

Você aceita ódio e o recebe com firmeza, ao invés de como vingança.

Você tolera, em seu cliente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez, etc., e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento [...] (Winnicott, 1983a, p. 206, grifo do autor).

No contexto geral da obra winnicottiana, o conceito de confiabilidade é central, pois se entende que o desenvolvimento emocional não é possível sem que o indivíduo possa ter uma crença num ambiente que provém as suas necessidades básicas, de modo regular e contínuo. Inicialmente, a confiança é gerada através do *holding* e do *handling*, formas de cuidado através das quais a criança é segurada e manejada, o que lhe permite integrar seus processos corporais, desenvolvendo a sensação de ter um corpo que a contém e, com isso,

⁸² Profissional a quem cabia o cuidado das crianças que tiveram adoecimentos psíquicos decorrentes dos traumas proporcionadas pela guerra. Essas crianças perderam suas famílias e eram tratadas em instituições especializadas, nas quais Winnicott trabalhara.

iniciando a constituição egóica. Quando essa confiabilidade básica está estabelecida, a criança vai alcançando sua relativa independência da mãe, já não mais identificada com ela. Nesse momento de dependência relativa, segundo a leitura que Salem (2007) faz da teoria winnicottiana, a criança desenvolve algo que o autor denomina de “reprodução da confiança”.

Esse processo de “reprodução da confiança” resulta do fato de a criança já ter desenvolvido uma segurança básica em relação ao mundo e a si, o que lhe permite adquirir a sensação de liberdade. Ela passa a desafiar tal segurança, na tentativa de provar que prescindir dela e medir a força de sua independência. Ao fazê-lo, ela reproduz nos seus atos aquela segurança, adquirida no seu processo de desenvolvimento. Nesse momento, em que testa o ambiente, ela passa contar com “[...] aquela parte do mundo que sobrevive aos seus impulsos [agressivos e amorosos] como não-eu.” (Salem, 2007, p. 177). Note-se que, novamente, a confiabilidade se faz necessária, já que a criança está dependendo da integridade do ambiente que deverá fazer frente aos seus ataques e sobreviver, sem retalhá-la. A esse respeito, Salem (2007) esclarece:

(...) a confiança do bebê no ambiente se desloca para a resistência que este impõe à sua agressividade, indicando-lhe os limites de sua onipotência e permitindo uma delimitação mútua, tanto dos objetos quanto do próprio ego do bebê. A criança passa a confiar não mais naquela parte do mundo que lhe é fundamentalmente indistinta (...), mas naquela parte do mundo que sobrevive aos seus impulsos persistindo como não-eu, que se lhe impõe como alteridade reenviando-lhe continuamente à percepção do esforço envolvido na constituição de seus próprios contornos (...) (ibidem, p. 177)

Helena e Silvia mostram em suas entrevistas como contam com o profissional de referência para o suporte da vivência do cotidiano, o que lhes ajuda na organização da vida prática e de suas questões emocionais. Nesse sentido, um dos fatores que nos parece merecer atenção especial, sobretudo naquilo que se refere ao tema da confiabilidade, é o acompanhamento dos momentos de crise dos pacientes. Tanto trabalhadores, quanto usuários, contam que cabe ao técnico de referência estar próximo dos pacientes nesses períodos, fazer contato com suas famílias e indicar o leito-noite, se necessário. Assim,

conforme vimos, Silvia conta que sua técnica de referência lhe indicava a permanência no leito sempre que não se encontrava *bem*, o lhe permitia fazer *o tratamento de acordo*. Já Helena, parece valorizar o acompanhamento próximo e constante que é feito durante a permanência no leito-noite, o que permite que o paciente *vá embora, quando melhora*, sem que precise ficar meses internado.

A avaliação eficaz do processo de melhora, salientada por Helena, parece-nos essencial para oferecer elementos para o paciente refletir sobre a vivência da crise e seus alcances. Mas, além disso, ela também serve para sinalizar que há profissionais que sobrevivem às devastações próprias da crise. Tal sobrevivência, ao nosso ver, pode contribuir de duas formas, conforme as necessidades do paciente: por um lado, ela serve como uma espécie de reafirmação da externalidade do profissional, ajudando o paciente a diferenciar-se, conforme propõe Salem (2007). Por outro lado, ela indica ao paciente que sua *loucura*, embora tenha a intensidade reconhecida, não é capaz de destruir aqueles que dela se aproximam. Conseqüentemente, será possível facilitar a reflexão, a aproximação e a apropriação dessa *loucura* pelo paciente.

A possibilidade de acompanhar a crise dos usuários de perto parece ir ao encontro das prerrogativas de vários autores que aqui resgatamos, como Goldberg (1996), Leal e Delgado (2007), Rocha (2006) e Winnicott (1994b). Embora partindo de categorias teóricas distintas, todos defendem que a assistência em saúde mental requer espaço para que a loucura e sua crise sejam vividas e suportadas pelo paciente e pela equipe, de modo que se torne uma experiência apropriada pelo sujeito e passível de ser administrada. Para tanto, acreditamos que não basta a oferta de um ambiente protegido, com o monitoramento medicamentoso e a organização do cotidiano desestabilizado pela crise. Faz-se necessário que o paciente conte com o suporte de relações confiáveis, nas quais possa se apoiar para viver, de modo razoavelmente seguro, sua experiência de fragmentação e caotização.

Na sua leitura da teoria winnicottiana, Dias (2008) pontua que o analista constrói uma relação de confiança com seu analisando através de cuidados concretos, tais como pontualidade e capacidade para estar desperto e atento, bem como para deixar-se conduzir pelas necessidades emocionais do paciente. No entanto, a autora assevera que também se faz necessário tomar cuidado com excessos ligados à interpretação, seja quando ela é feita antes que o paciente tenha dado indícios de validação do material interpretativo, seja

quando está a serviço de uma produção intelectual do analista e não das necessidades emocionais do analisando, o que provoca prejuízos e perdas na relação interpessoal da dupla. Nesse contexto, parece-nos possível comparar as interpretações prematuras com padrões de comportamento da mãe que, não estando num estado adaptado ao bebê, pretende oferecer a ele mais do que suas necessidades impõem, gerando, conseqüentemente, sensações de intrusão e necessidade de defesas perante elas.

Dias (2008) argumenta que, quando o trabalho é feito junto de pacientes psicóticos, ocorrem importantes processos em nível pré-verbal, cujo objetivo principal é a construção da crença num ambiente confiável, em que é possível existir e experimentar as agonias inerentes a essa existência. Para esses casos, o analista “[...] não é mais um decifrador dos conteúdos inconscientes, mas aquele cuja presença possibilita uma experiência de contato e de comunicação com outro ser humano”. (ibidem, p.596) Note-se que, segundo a autora, o sentido geral do trabalho é a comunicação que, para ser efetiva, se estrutura sobre a *confiabilidade*.

É sabido que grande parte das reflexões de Winnicott e dos estudiosos de sua obra diz respeito ao *setting* psicanalítico, geralmente estruturado nos consultórios. Entretanto, parece-nos viável trabalhar essas reflexões no campo da saúde mental, guardando as diferenças de conformações e possibilidades terapêuticas. Avaliamos que os sujeitos que participaram da nossa pesquisa mostram que os profissionais de referência têm uma possibilidade privilegiada para desenvolver essa condição de confiabilidade, na medida em que os acompanham de modo longitudinal e se dispõem a percebê-los, ou escutá-los, nas suas necessidades cotidianas e nos seus momentos de vivência de ruptura, como o são as crises.

Note-se que estamos trabalhando com material empírico provindo de sujeitos inseridos num CAPSIII, contexto que privilegia esse acompanhamento amplo da vida dos usuários, inclusive nas suas experiências de crise, na medida em que o serviço funciona 24 horas por dia. Nesse sentido, entendemos que o acompanhamento das tarefas, algumas vezes denominadas de *burocráticas* ou *assistencialistas*, permite aos profissionais estarem próximos de seus pacientes naquilo que os aflige no dia a dia. Trata-se de um modo privilegiado de escutar e oferecer suporte, especialmente para casos, cuja desorganização psíquica é intensa, como mostra a narrativa de Silvia.

Os relatos que acima destacamos acerca da importância que os usuários dos CAPS atribuem a um certo trabalho *prático* dos profissionais de referência (marcar o médico, ajudar a providenciar o benefício o INSS, etc.) indicam que o arranjo tem condições privilegiadas de operar na direção clínica apontada pela teoria winnicottiana. A mediação das questões cotidianas oferece oportunidade para o estabelecimento de relações de suporte emocional e, conseqüentemente, de confiabilidade. Trata-se de um tipo de oportunidade especialmente propícia, já que, em várias situações, o paciente pode estar em estados emocionais tão frágeis, que lhes impedem de falar sobre suas vivências, como bem indica o relato de Helena acerca do momento em que a técnica de referência lhe ajudara a escrever as cartas. Portanto, a grande diversidade de tarefas e âmbitos da vida do paciente, que o trabalho de referência abrange, facilitam a conformação de situações de confiabilidade, em que não se espera elucidar a loucura, mas sim oferecer suporte para que ela seja (re)vivida, tal como resgatamos da teoria winnicottiana.

Dias (1999) pontua que, para a teoria winnicottiana, a confiabilidade se constrói num tipo de comunicação profunda, na qual as palavras têm pouca função, pois está se tratando com estados regredidos, cuja capacidade de compreensão ainda é pequena. Segundo a autora: “[...] não temos nada a dizer para o nosso paciente para que ele compreenda a nós e às nossas razões. Temos que apenas possibilitar a ele **viver a experiência**”. [de um ambiente provedor e previsível, que permite que suas necessidades sejam vivenciadas e reconhecidas como tal] (Dias, 1999, p. 298, grifo do autor da tese.). Com essa idéia, reiteramos a nossa proposição de que o compartilhamento do cotidiano, mediado pela vida institucional, facilita essa vivência da experiência de confiabilidade.

Lembremos que, conforme indicamos no início desse texto, Vaisberg (2004a) aponta que o processo de sustentação não consiste, simplesmente, em “dar apoio” àquele que sofre. É necessário considerar a complexidade da natureza humana e suportar o paciente, a despeito das mais terríveis viagens que este precise percorrer, por exemplo, quando vivencia suas crises ou, no caso do contexto que vimos analisando, quando têm necessidades de difícil manejo, como aquelas que dizem respeito a problemas de moradia e miserabilidade social.

Ao apontar os riscos de atitudes onipotentes, controladoras ou puramente burocráticas que são despertadas pela abrangência do trabalho de referência, os

profissionais, contudo, colocam algumas oportunas ponderações e questionamentos para esse raciocínio que vimos defendendo. Ou seja, não basta apresentar aos trabalhadores um campo vasto de ações, onde a relação interpessoal deve se configurar. É necessário, como sugerem os próprios trabalhadores, recheiar esse campo com uma discussão ou um posicionamento clínico. Algumas tradições teóricas nos parecem propiciar, ainda que parcialmente, a construção de tal recheio, conforme discorreremos abaixo.

A necessidade de ser singularmente percebido

“[...] Em geral terminávamos a sessão num impasse – a profissional afirmando alguma coisa baseada no conhecimento e na experiência dela e eu afirmando que aquilo não correspondia à minha realidade atual. Eu saía dessas consultas irritado, angustiado e exasperado, tendo a impressão de que não estava sendo ouvido. A palavra talvez não seja bem esta, talvez não seja ouvido e sim percebido, pois ouvido eu estava sendo, mas não estava sendo entendido, pois a percepção não estava indo além das palavras” (Ogino, 2005, p.123).

No trecho acima, ao narrar parte da sua experiência de tratamento em saúde mental, Ogino (2005) defende que suas necessidades envolvem a sensação de ter sua singularidade percebida, singularidade esta que não se encontra conformada nos conhecimentos da profissional que o escuta. Na mesma direção, os usuários dos grupos focais contam que uma das qualidades do profissional de referência é a possibilidade que este tem de perceber quando eles não vão ao serviço e de chamá-los de volta. Note-se que, nesse aspecto, se mostra evidente a relação de interdependência entre clínica e organização do serviço, que defendemos nesse trabalho. É evidente que o profissional só pode perceber que o usuário não foi ao serviço porque tem uma carga horária tal que está no CAPS praticamente todos os dias da semana ou porque sua equipe de referência está suficientemente articulada para acompanhar a frequência dos pacientes.

Essa valorização que os usuários fazem da condição de serem percebidos nos parece iluminar aquilo que, a nosso ver, se coloca como um dos pilares da clínica de pacientes psicóticos em estados de intensa fragmentação, como aqueles característicos de

quadros esquizofrênicos: a instauração de uma relação real e genuína em que o paciente é percebido nas suas necessidades variadas. Não se trata, portanto, de simplesmente responder às necessidades apresentadas, ou de providenciar aquilo que se mostra urgente. O que se coloca como central nessa concepção é a possibilidade de perceber, seja através da fala, dos gestos ou de quaisquer manifestações do paciente, aquilo que marca alguma propriedade à sua existência.

Nesse contexto, o paciente pode reconquistar sua reinserção social começando pelo espaço relacional oferecido pelo serviço nos diferentes *settings* (grupos, oficinas, atendimentos diversos, etc) mediados por profissionais capazes de perceber as singularidades e sustentar a possibilidade de sua existência. Espaços que, retomando o que anteriormente citamos de Vaisberg (2004a), não admitem exclusão, concreta ou simbólica, de quaisquer características da humanidade desses pacientes.

É claro que não defendemos que qualquer relação é, por si mesma, terapêutica. Estamos nos referindo a um trabalho que, nas palavras de Campos (1998), seria da área do artesanato. Um *neoartesanato* porque conta com o aprofundamento das reflexões da modernidade, mas guarda uma tecnologia variável de acordo com a peculiaridade daquilo com que se está lidando e um conhecimento integral e pessoal de cada lida. Nesse sentido, remetemo-nos novamente a Oury (1991), para quem o trabalhador de saúde mental precisa desenvolver uma sensibilidade próxima daquela do artesão, de modo que desenvolva uma atenção treinada para perceber a qualidade do contexto e a polifonia que o envolve.

Associamos a sensibilidade, acima preconizada, a uma possibilidade de o técnico de referência se identificar com o paciente e, através desse processo relacional, perceber as necessidades e os ritmos que dele emanam. Seria o que, em sessões anteriores, expusemos como o paradigma da *mãe suficientemente boa* (Dias, 2003). Não se trata da defesa de um trabalho de provisão de quaisquer necessidades dos pacientes. Referimo-nos a uma vivência relacional em que, através da identificação (cujo modelo é a *preocupação materna primária*), pode ocorrer uma comunicação primitiva (Winnicott, 1994a) em que o sujeito é percebido naquilo que não tem coerência suficiente para ser traduzido apenas⁸³ em palavras. Trata-se de seus sons e ritmos psicossomáticos, das agonias que o rondam, da oscilação da existência, do flerte com a vivência de ruptura e o terror dela. São sensações,

⁸³ Os delírios podem ser compreendidos como algumas das traduções dessas vivências.

cuja representação psíquica é inexistente ou rudimentar, mas que testemunham a existência do paciente, ainda que de modo vacilante. Portanto, a necessidade fundamental diz respeito à percepção dessas sensações e, conseqüentemente, do sujeito que delas sofre.

Numa das possíveis leituras da narrativa de Silvia, identificamos essa função de suporte e confiabilidade quando ela afirma que a técnica de referência *toma conta da gente*, ao mesmo tempo em que afirma o valor de ter tido suas questões com a sexualidade aceitas e legitimadas. Note-se que ela atribui valor à possibilidade de, apoiada no suporte oferecido pelo serviço, viver suas questões (as dificuldades com o pai, a morte da mãe, as marcas das queimaduras que infligira a si mesma) e não de resolvê-las ou compreendê-las. O que lhe parece importante resolver são as pendências práticas, como necessidade de moradia e de compra de roupas e cigarro. Nossa hipótese é que o suporte oferecido para lidar com tais pendências constitui-se um dos importantes fatores que permite o desenvolvimento da confiabilidade num suporte afetivo, suficiente, para a vivência das questões emocionais. Nesse sentido, retomamos que, segundo a teoria winnicottiana, o sujeito necessita viver tais questões para poder se apropriar delas. Acreditamos que o acompanhamento dessas vivências pode capacitar o profissional a perceber a singularidade com que o sujeito se coloca em seu mundo.

6.6 A função narrativizante do trabalho de referência

Vários sujeitos da pesquisa disseram que uma das funções primordiais dos profissionais de referência é identificar seus sentimentos e pensamentos, sem que, muitas vezes, eles próprios precisem descrevê-los para seus profissionais de referência. Trata-se de algo que no parece próximo à magia ou a adivinhação, mas cuja origem os usuários localizam, claramente, na convivência e nas conversas constantes. Helena ilustra bem essa questão ao afirmar que, por conhecer bem o paciente, sua técnica de referência pode *perceber alguma coisa errada, como um pensamento de suicídio*.

Sem desconsiderar inúmeros outros fatores que condicionam tais expectativas relacionadas ao trabalho de referência⁸⁴, supomos que elas podem dizer respeito ao pedido, feito pelos pacientes, de que alguém lhes sirva de *espelho*. Conforme destacamos nas

⁸⁴ Como o jogo impotência-onipotência presente da vida institucional e por nós comentado nas sessões anteriores.

sessões iniciais deste texto, segundo Winnicott (1975c), o bebê que, do ponto de vista emocional, ainda não existe sem a mãe, ao olhar para esta recebe de volta a sua própria imagem. Ou seja, a mãe lhe devolve a sua visão do bebê, pois está em processo de identificação com ele. Esta é a maneira como o bebê consegue algo de si mesmo de volta e vai construindo uma existência própria, através da qual pode constituir sua alteridade.

Essa idéia implica na concepção de que, inicialmente, somos, ou, devemos nossa existência, ao olhar do outro. No entanto, para Winnicott (1978a), esse “outro”, constituído pela mãe, se encontra num estado de profunda identificação com o bebê, de tal forma que ela suspende um pouco do seu ser, para poder *ser com* o bebê, num processo a que Loparic (1997) denomina de “dois em um”. Trata-se do estado momentâneo de *preocupação materna primária*. A mãe pode alcançar esse estado de “enlouquecimento natural” porque já vivera um momento em que fora cuidada, em circunstâncias parecidas com essa. Além disso, ela estivera gestando o bebê durante vários meses (seja fisicamente, seja no plano das elaborações psíquicas), o que lhe permitiu o desenvolvimento de uma comunicação profunda, ainda que desprovida de palavras. Dessa idéia decorre a concepção de que, desde o início, temos uma existência que se dá na relação, o que nos torna seres eminentemente sociais. Da qualidade dessa relação depende o modo como somos percebidos, modo este que delineará as origens do processo de desenvolvimento da capacidade de autopercepção.

Winnicott (1978a) ilustra o processo de *ser visto* para poder *ver-se* com as seguintes proposições: “Quando olho, sou visto; logo, existo. Posso agora me permitir olhar e ver. Olho agora criativamente e sofro a minha apercepção e também percebo. [...]”. (ibidem, p.157). Ele explica que ao encontrar-se no olhar da mãe, o bebê pode viver sua *ilusão de onipotência* (que é diferente da onipotência como defesa) e desenvolver uma relação criativa com mundo. Nesta, embora o sujeito possa perceber os objetos de modo objetivo, sempre os *apercebe*, desenvolvendo uma relação pessoal com a realidade. Fazemos uma analogia desse processo, com o que, em sessões anteriores desse texto, chamamos de *função narrativizante* (Onocko Campos e Furtado, 2008b). Ou seja, a mãe reconhece a singularidade do bebê e a espelha, desenvolvendo um papel de *narradora* do início daquela existência.

Quando a mãe está muito envolvida com suas próprias questões (um estado depressivo, por exemplo) e, sucessivamente, devolve ao bebê a opacidade de sua imagem

ou a rigidez de suas defesas, o bebê desenvolve apenas a capacidade de observá-la e não de realizar trocas significativas com o mundo. Nesses casos, ele se torna incapaz de desenvolver a criatividade, através da qual pode perceber a si e ao mundo, sem desconsiderar as qualidades objetivas que envolvem tal percepção, mas também sem deixar de imprimir algo de sua subjetividade naquilo que vê. Consequentemente, “[...] crescerá sentindo dificuldades em relação a espelhos e sobre o que o espelho tem a oferecer. Se o rosto da mãe não reage, então o espelho constitui algo a ser olhado, não a ser examinado” (Winnicott, 1978a, p.155). Nesse ínterim, lembremos que, para Winnicott, o desenvolvimento da criatividade e da possibilidade de fazer trocas simbólicas com o mundo externo é essencial para que este possa ser examinado e habitado. Sem a aprecepção criativa do mundo, o sujeito passa a reagir a ele, não podendo criar uma existência razoavelmente própria e confortável.

Note-se que Winnicott (1978a) impõe uma condição paradoxal às mães nesse momento da relação com seus bebês: elas precisam, ao mesmo tempo, estarem genuinamente presentes (com a vivacidade do olhar que consegue apreender a imagem do bebê e refleti-la) e ausentes (para que suas questões, tais como suas próprias defesas, não ofusquem a imagem que refletem do bebê). Conforme vemos no próximo capítulo, Figueiredo (2000) denomina essa condição paradoxal através do binômio *presença-reservada*. Ou seja, é necessário estar vivamente presente, mas, concomitantemente, é preciso se colocar em reserva, dando espaço para a emergência da subjetividade do outro.

Ao fazer uma comparação entre alguns aspectos das teorias kleiniana, lacaniana e winnicottiana, Souza (2007) destaca diferenças significativas oriundas da idéia de que a percepção criativa do mundo depende de um cuidado inicial, pautado na preocupação materna primária. Ele lembra que, embora partindo de categorias teóricas diferentes e provocando teorizações distintas, tanto Klein quanto Lacan divergem das idéias winnicottianas, pois entendem que a criatividade advém de um trauma original, marcado pela falta do outro e pelo desenvolvimento de defesas, dentre as quais emerge a criatividade. Assim, a defesa é concebida como um “[...] processo estruturante do sujeito, asseguradamente criativo na singularidade de sua resposta ao trauma” (Souza, 2007, p.332). A clínica que advém dessa conceituação é aquela denominada pelo autor como “clínica da responsabilização”, na medida em que, através da interpretação, o analista leva

o sujeito a perceber as defesas, através das quais escolheu se estruturar. Consequentemente, através dessa percepção, o sujeito é chamado a se responsabilizar por tais escolhas.

Interessa-nos aqui retomar as reflexões de Souza (2007) porque elas lançam luz sobre a discussão acerca da necessidade de *holding* dos psicóticos e a função *narrativizante* do olhar da mãe. O autor defende que, segundo a teoria winnicottiana, a criatividade, no seu início, não se traduz em atos defensivos, pois Winnicott concebe a existência de uma criatividade primária que depende da adaptação materna. Utilizando-se da leitura de outros autores, como Milner, Souza (2007) explica que a criatividade primária, pensada por Winnicott, pode ser compreendida num processo em que:

[...] não se trata tanto de que o sujeito substitua o objeto primário pelo símbolo, mas de um processo no qual, primeiramente, objeto primário e sujeito se auto-engendram por fusão, e no qual o símbolo, em seguida, emerge na fusão de sujeito, objeto primário e símbolo. Não se trata mais, portanto, de substituição, mas de diferenciação no interior de uma experiência extática que se desdobra no tempo. (Souza, 2007, p. 336)

A consequência imediata dessa concepção é a necessidade da existência de um processo de adaptação/indiferenciação do sujeito com o objeto primário, para que a experiência de êxtase seja vivida e dela possa emergir o símbolo. Assim, “[...] a criatividade primária é uma criatividade que necessita do objeto. Na medida em que este amparo pode faltar, revela-se uma criatividade precária” (ibidem).

O autor segue sua leitura da teoria winnicottiana apontando que

O trauma que pode atingir a criatividade do self verdadeiro não é o trauma por causa do não atendimento das demandas libidinais que o sujeito endereça ao outro [...]. É o trauma por causa do não atendimento das necessidades psicossomáticas que são pré-condições para o próprio endereçamento das demandas libidinais. É a falta de algo que não deveria faltar. No ponto em que as necessidades psicossomáticas não são atendidas, nenhuma demanda libidinal propriamente dita pode ser endereçada (ibidem, p. 337).

Com isso, Souza (2007) conclui que, perante casos em que houve uma experiência de ruptura da capacidade criativa, anterior a constituição de defesas frente às demandas libidinais, a “[...] ética da responsabilidade revela-se insuficiente [...]” (Ibidem, p.337). Diante dessa constatação, ele propõe a construção de uma clínica pautada na “ética do cuidado”, que se sustenta no desenvolvimento de uma relação transferencial de confiança, marcada pela idéia winnicottiana de *holding*. Nesta, não se pretende que o sujeito elucide o desejo contra o qual se defende, ou se responsabilize pelas suas defesas. O objetivo primeiro é a aproximação do sofrimento do sujeito, no que lhe foi faltante nos tempos da dependência absoluta, anterior à constituição das demandas libidinais, já que o outro ainda não estava constituído enquanto alteridade.

Souza (2007) ressalta passagens da teoria winnicottiana em que fica claro que não se trata de responder em ato às necessidades psicossomáticas do sujeito, mas em compreendê-las, de modo que elas possam ser também percebidas e apropriadas pelo sujeito. Entendemos que essa idéia de compreensão das necessidades diz respeito à tarefa da mãe de *narrar* ao sujeito a sua existência, para que ele se aproprie dela. Conforme apresentamos acima, Helena nos oferece indícios do valor dessa compreensão quando descreve uma situação em que sua técnica de referência marcara um horário para ela se consultar com um ginecologista e depois lhe telefonara para saber o que havia acontecido. Diante desse quadro, ela enfatiza:

*então ela se preocupa comigo. Isso é muito bom. Ter com quem contar para qualquer problema... Quando não estou bem, ligo aqui. O melhor de tudo o que acontece aqui não é o remédio, nem nada. **É a conversa delas, a preocupação delas com a gente.** O mais importante para mim é isso.*
(grifo do autor da tese)

O depoimento de Helena nos leva a supor que um dos aspectos mais delicados que o profissional de referência precisa desenvolver é a habilidade para se mostrar disponível para acompanhar o paciente em seu cotidiano, mas, ao mesmo tempo, fazer desse acompanhamento apenas uma mediação para que o usuário desenvolva relações confiáveis com ele mesmo, com o profissional e com o mundo. Ou seja, o profissional precisa perceber quais ações são necessárias para que o paciente consiga aproximar-se, ao seu

modo, de certo entorno social. Porém, uma vez que essa aproximação se faz possível, é preciso conseguir se ausentar e se colocar disponível para a escuta do que a experiência pôde trazer ao paciente. Trata-se de um constante jogo de *presença e reserva* (Figueiredo, 2000), em que o profissional deve habitar uma zona de interstício, entre o mundo do paciente e o seu, de tal modo que possa transitar por esses espaços, sempre que necessário.

Nesse sentido, podemos compreender de modo diferente aquela parte do trabalho que os profissionais associam com assistencialismo ou burocracia. Podemos entender que, ao marcar um médico, ou providenciar o benefício do INSS, o técnico de referência está mediando a relação do seu paciente com o entorno social. Esta mediação lhe permite compreender a experiência subjetiva do paciente, já que esta sempre diz respeito a alguma vivência social. Tal compreensão, revestida de uma relação de suporte e confiabilidade, oferece os recursos necessários para o desenvolvimento do *olhar narrativizante* que vimos discutindo.

Ao utilizar essas concepções teóricas para pensar as construções feitas no campo empírico de nossa pesquisa, identificamos que a necessidade de receber a própria imagem de volta, para, paradoxalmente, construí-la, pode ser considerada um dos fundamentos cabíveis à expectativa quase mágica que os pacientes têm de que o profissional de referência ou o médico lhes adivinhe, quando apenas os olha. Parece-nos que tal expectativa diz respeito à necessidade que alguns usuários têm de *espelhos* (no sentido winnicottiano), ou de alguém que lhes exerça um *olhar narrativizante*. Trata-se, assim, da expectativa que os pacientes apresentam de que um olhar que, advindo de profissionais adaptados a eles, possa refleti-los, permitindo-lhes viver aquelas agonias experimentadas, mas não significadas. *Olhar narrativizante* que propicia que a vivência do colapso deixe o campo do fluxo contínuo, que descrevemos como um *não tempo*, e adquira um *quem* e um *quando* (Onocko Campos e Furtado, 2008b), já que pode ser revivida pelo sujeito, agora mais autor/narrador de sua história.

Interessa-nos insistir que o *olhar narrativizante* depende da capacidade do profissional em desenvolver uma relação com o paciente baseada na confiabilidade. Em alguns momentos dessa relação é necessário que o profissional suporte ser colocado na posição de *objeto subjetivo* (Winnicott, 1963a), o que implica em ser tratado como parte do sujeito que com ele se relaciona, não sendo percebido objetivamente em vários aspectos

que marcam sua individualidade. Além disso, trata-se de devolver, ou refletir, apenas aquilo que o paciente mostra. Posturas invasivas, que atribuem ao usuário as expectativas do próprio terapeuta, tendem a repetir padrões de relação problemáticas, vividas por esse paciente em outros tempos.

Os pacientes que participaram da nossa pesquisa mostram diferentes modos de aproximação e graus de identificação com seus técnicos de referência. Alguns parecem ter com eles uma relação de maior identificação, colocando-os mais no lugar de *objeto subjetivo*, enquanto outros parecem desenvolver relações mais diferenciadas. Entretanto, vale evidenciar aqui que o *olhar narrativizante* exige que o profissional se posicione de tal modo que deixe as peculiaridades do seu paciente ocuparem o centro da cena relacional. Note-se que estamos sempre tratando de co-construções, pois não supomos uma neutralidade do profissional, ou sua suspensão. O que propomos é que ele deixe o usuário dominar a cena relacional, mas é sempre através dessa relação que as narrativas podem ser construídas.

Essa teorização parece-nos ir ao encontro das conclusões que Corin (2002) chegou em sua investigação acerca do processo de restabelecimento dos pacientes psicóticos. A autora pontua que tal processo diz respeito, “[...] antes de tudo ao encontro de uma posição pessoal num mundo onde se conta com outros que lhe chamam pelo nome, que, por exemplo, conhecem sua data de aniversário, que estão lá para lhe acompanhar quando você não vem” (ibidem, p.73)⁸⁵. Estes, que estão disponíveis para o acompanhamento, devem fazê-lo respeitando o ritmo e as necessidades do paciente, acompanhando-o nos caminhos que ele pode percorrer, sem a imposição de um *bem viver* pré-concebido, pois o objetivo é o desenvolvimento de uma relação pessoal consigo e com o mundo (Corin, 2002).

Partindo de concepções teóricas distintas, Schimd (2007) apresenta o caso clínico de um adolescente chamado Denis, que pode ilustrar o que vimos discutindo. Embora não indique claramente, a autora parece aludir ao trabalho de referência quando aponta, por exemplo, que no início de seu tratamento, Denis tinha *alguma referência* com a terapeuta que fez seus primeiros atendimentos no serviço e o acompanhou semanalmente durante um período de internação fora do CAPS. Ela segue sua apresentação apontando que, em sua história, o adolescente não contara com um *olhar subjetivante* que sobre ele repousasse e

⁸⁵ Tradução nossa.

marcasse alguma singularidade. Tal ausência contribui para a compreensão de diversos modos através dos quais o paciente se posicionava no serviço.

A autora retoma o percurso de Denis pela instituição e argumenta que o vínculo e a transferência do paciente para com o serviço deveu-se à possibilidade da equipe desenvolver uma escuta singular e atenta, bem como “de construir um olhar que de alguma forma o especificou, o particularizou”. Tal construção se dera através do convívio constante no cotidiano institucional, de tal modo que os profissionais ofereciam os espaços formais e informais de convívio para Denis e se dispunham a acompanhar seu percurso de apropriação de tais espaços, sem impor práticas que considerassem propícias, mas sem retirarem sua disponibilidade em acompanhá-lo. Esse percurso, que teve seu ritmo peculiar respeitado, possibilitou a Denis “ver-se, ainda que de forma incipiente, especularmente” (Schimt, 2007, p.194) passando, paulatinamente, a poder considerar a realidade de seu corpo.

O trabalho de Schimt (2007) chama a atenção para a função desse *olhar subjetivante*, que nos parece ter equivalência com que chamamos de *olhar narrativizante*, mas enfatiza que ele só se constrói à custa de um acompanhamento cotidiano, mediado pela figura do terapeuta ou das oficinas, que facilita algumas “estruturações identificatórias”, as quais permitem ao paciente perceber-se incluído num contexto relacional, considerando aspectos de sua realidade e precisando negá-los cada vez menos. Ou seja, o compartilhamento do cotidiano institucional, feito de forma a respeitar o ritmo e o modo com o qual o paciente se relacionava com esse contexto, permitiu que a equipe o fosse percebendo a singularidade do paciente, o que lhe serviu de recursos para também iniciar um processo de percepção de si e do outro.

Ademir, cuja narrativa apresentaremos a seguir, parece nos dar mostras da importância do *olhar narrativizante* no seu tratamento. Ele conta: *as minhas referências me passam uma energia boa. Sinto que eles gostam de mim (...) Isso é bom para mim, sinto uma força. (...) Na minha vida passada eu nunca havia sentido que as pessoas gostavam de mim.* Entendemos que essa sensação de ser gostado pode advir de um processo, descrito por ele, em que os profissionais o percebem em sua singularidade (com os episódios de agressividade, com o gosto pelas atividades manuais, etc.) e lhe oferecem espaços para que ela exista (oficinas, grupos, salas reservadas onde pode escutar música e ficar sozinho).

Conseqüentemente, mesmo que valorize o fato de os profissionais identificarem quando não está bem, apenas *olhando para sua cara*, ele parece ter desenvolvido um olhar próprio sobre si, capaz de narrar, por exemplo, as sensações diferenciadas que possui nos períodos de crise.

Essa discussão acerca da função do *olhar narrativizante* nos leva a retomar a importância do acompanhamento que a equipe, na figura de alguns terapeutas, pode fazer do cotidiano dos usuários. Tal acompanhamento, em nossa argumentação, protagoniza o desenvolvimento das relações necessárias para a construção de tal olhar. O arranjo de referência tende a facilitar essa construção, na medida em que se estrutura justamente sobre o acompanhamento global da vida dos pacientes. No entanto, novamente devemos nos remeter a alguns problemas e riscos que os trabalhadores atribuíram a tal arranjo.

Dentre tais questões, aquela que nos parecer central é a possível dificuldade de o técnico de referência sustentar o paradoxo de estar presente e, ao mesmo tempo, conseguir ausentar-se, permitindo-se, muitas vezes, ser colocado no lugar de *objeto subjetivo*. Fazemos uma relação entre tal dificuldade e a reflexão que os trabalhadores desenvolveram acerca do risco do desenvolvimento de atitudes onipotentes por parte dos técnicos de referência. Inferimos que esse quadro pode ser uma possível vicissitude da relação íntima entre profissional e usuário, relação em que o profissional, muitas vezes, é colocado e se coloca num lugar quase *mágico*, localizado na sua capacidade de compreender o paciente sem que este precise falar, ou de acreditar nas suas verdades, mesmo quando elas parecem incoerentes para outras pessoas. No nosso entendimento, tal relação tende a torna-se problemática quando, em virtude de complexa rede de questões institucionais, o profissional se aprisiona à onipotência e, ao invés de se colocar como *mãe suficientemente boa*, transforma-se numa espécie de matrona que sempre tudo pode e tudo sabe. Nessas situações, ele deixa de suportar junto do paciente as questões destes para tentar resolvê-las sozinho, ou seja, coloca-se no centro da cena relacional, atribuindo ao paciente um lugar de objeto de suas próprias necessidades. Disso resulta o risco de práticas invasivas e tutelares, que não contribuem para que o paciente se aproprie de suas experiências e possa administrá-las.

Entendemos que resultados terapêuticos e os problemas associados aos modos de relação possíveis de se estruturar a partir do arranjo, consistem numa espécie de paradoxo a

ser sustentado, mais que resolvido. O acompanhamento do cotidiano e a proximidade afetiva permitem o desenvolvimento da confiabilidade e do suporte necessário ao tratamento. No entanto, tais condições também podem se aproximar de processos de identificação patológica, em que o profissional se excede em sua presença. Mais adiante, discutiremos alguns balizamentos éticos que podem contribuir com o manejo desse paradoxo. Mas, entendemos que também é importante retomar algumas questões relacionadas ao trabalho em equipe de referência, destacando as funções terapêuticas inerentes a essa organização. No próximo capítulo, passaremos a fazê-lo com base em novas formulações teóricas, bem como no material empírico já exposto e em outras duas narrativas.

7. Elementos clínicos associados ao trabalho estruturado em equipes de referência: novas construções

Nesse capítulo, que é deve ser compreendido como uma estreita continuação do anterior, apresentaremos a narrativa de dois outros usuários entrevistados, Ademir e Viviane⁸⁶. Com base nesse material, bem como em trechos de outras narrativas e dos grupos focais, discutiremos a função da equipe de referência enquanto uma construção coletiva, que se coloca como uma espécie de alicerce permeável à circulação e às construções dos usuários. Ou seja, mostraremos alguns aspectos, através dos quais, o arranjo de equipe de referência, como um todo, exerce importante função clínica aos usuários. Retomaremos também a discussão acerca da *diluição da transferência*, enunciada nos grupos focais com trabalhadores, e apresentaremos algumas idéias acerca da necessidade de alguns usuários de contar com um arranjo coletivo bem solidificado para poder testá-lo e, com isso, desenvolver relações entre os espaços internos e externos a si mesmo.

7.1. Narrativa da entrevista feita com Ademir

Minha⁸⁷ vida? Eu morei 2 anos na rua. Tinha essa doença desde os 14, 15 anos. Já tentei um suicídio. Aí com 18 anos eu fui servir o quartel e saí de lá com mais problemas ainda. Fiquei um pouco na rua e, depois, minha mãe me internou em Indaiatuba. Tive umas quatro ou cinco internações em hospital psiquiátrico. Sabe como é: eu escutava voz, essas coisas.

Minha mãe é viva, mas não moro com ela. Nós dois juntos é uma coisa que não dá certo. Sabe como é minha doença, né... Muita gente não compreende, acha que eu estou brincando. Eu morei com a minha mãe até 14 anos, depois disso saí de casa. Fui procurar serviço, morar na rua. Eu não sabia o que era CAPS. Minha mãe me internava, me internava, mas eu não sabia o que era CAPS. Na última internação eu pedi para que minha

⁸⁷ A entrevista de Ademir fora feita no Caps onde ele se trata. É um serviço que organiza seu trabalho de referência através de equipes de referência, dentro das quais há um técnico de referência, responsável por determinado número de usuários.

mãe me internasse na P⁸⁸. Falei para o doutor que eu não estava bem e perguntei: mas quando sair daqui, vou ficar a mesma coisa, do mesmo jeito? Então me explicou sobre o CAPS. Contou que no CAPS iriam me ajudar, me deixar melhor. Falou que lá eu poderia ir para minha casa, voltar. Aí eu vim para o CAPS e minha vida mudou toda. Se não fosse o CAPS eu estaria morto na rua, porque eu não parava dentro de casa, saía direto.

Era muito ruim morar na rua. Já apanhei bastante. O guarda me bateu. Era bastante ruim. Depois que fui internado no Sanatório I., é que fui para a P. e de lá vim para o CAPS. Mas, quando cheguei aqui eu estava com um monte de problema. Eu estava agressivo, brigava, xingava todo mundo, porque eu pensava que estava internado. Depois fui me acostumando e estou aqui até hoje. Faz um ano e meio. Hoje em dia eu estou dormindo aqui até arrumar uma casinha no bairro aqui perto. Eles não querem que eu more muito longe do CAPS porque eu tive bastante tentativa de homicídio⁸⁹, esses problemas.

De vez em quando eu vou passear na casa da minha mãe. É diferente, porque quando estou lá não posso sair. Quando estou aqui também não posso sair. Eu tenho vontade de passear, de andar de bicicleta. Minha mãe falou que não posso andar mais de bicicleta porque estou tomando meus remédios. Eu tomo bastante medicação forte. Se eu tomar poucos remédios, acho que quebro o CAPS todo em um minuto. No sábado eu andei um pouco de bicicleta, deu certo. Eu também gosto de andar de patins, mas não consigo mais, por causa das vozes que escuto na minha cabeça.

Com nove anos já tentei o suicídio. Nove anos. Uma voz falou para eu me jogar em frente a um carro. Joguei-me em frente a uma variante e quase morri. Era criança, ninguém entendia o que estava acontecendo comigo. Eu conversava até com as árvores, com o poste, conversava sozinho. Minha mãe dizia que eu não era bom da cabeça, mas que era normal, pois não agredia ninguém. Mas foi passando um tempo, outro tempo, fui crescendo, virando adolescente e as coisas foram mudando. Tentei outro suicídio perto de casa e outro com um revólver na minha orelha. Nesse dia eu não conseguia atirar, fiquei confuso, não sabia se morria, ou se me matava e, então, entreguei a arma para o meu amigo e não me matei. Eu tento me matar por causa das vozes. Não posso ficar muito sozinho, tenho que ter

⁸⁸ Ala psiquiátrica de um Hospital Geral.

⁸⁹ Parecia estar se referindo a suicídio, mas utilizou o termo homicídio.

alguém para me acompanhar, quando estou nervoso. Preciso de alguém para conversar. É uma tristeza que dá no coração da gente. Passa quando tenho alguém por perto.

Eu tive problemas na escola. Cheguei a ir, mas entrava por um portão e saía pelo outro. Chegava em casa primeiro que minha mãe. Um dia joguei um bloco na cabeça da diretora, que havia me xingando. Ela perdeu todo o cabelo que tinha, era um cabelo bonito, que ia até a cintura dela, mas precisou raspar, porque teve que dar sete pontos. Eu tinha problema, não podia conviver com as pessoas. Eu ia para bar, mas não sei como não morri. Era só briga. Não é fácil, mas depois que entrei no CAPS dá para segurar bem as pontas. Antes não dava, agora dá. Antes do CAPS era tudo ruim. Só ficava internado. Minha mãe chamava SAMU e me internava. Chamava o SAMU e me internava, sempre assim.

Depois que vim para o CAPS é que as coisas melhoraram. Mas logo que cheguei, eu quebrei tudo. Cheguei a quebrar dez vidros da janela de uma vez. Mas isso acontecia porque não haviam trocado a minha medicação. Ainda estava com os remédios da P⁹⁰, que eram poucos. Então, demorou muito até arrumarem o remédio que era bom para mim. Fiquei internado no C. F.⁹¹, mas fugi de lá.

Eu ouvia uma voz que falava muito e sentia uma angústia. Agora isso diminuiu. Graças ao CAPS, se não fosse ele eu estaria na rua, já teria morrido. O que me ajuda aqui é conversar com alguém. Eu conto que não estou legal, que estou angustiado, que preciso que peçam um remédio para o doutor. Peço para ouvir um rádio, venho aqui na biblioteca ler um livro. Tudo isso mudou muito a minha vida. Antes do CAPS eu não sabia fazer nada. Não tomava banho, nem escovava o dente ou penteava o cabelo. Andava sempre com a mesma roupa. Hoje em dia eu mudei muito. Até minha própria mãe fala que eu mudei. Agora posso passear na casa dela. Antes ela nem abria o portão para mim. Eu saía, bebia cerveja. Mas o CAPS me ajudou bastante e continua ajudando.

Meu pai faleceu de derrame cerebral. Eu não o conheci. Tenho três irmãs. Encontro com elas quando vou para casa. Minha mãe tem medo que eu more lá porque já quebrei televisão, rádio, vidros. Como tem sobrinhas em casa, ela tem medo que eu as deixe assustadas. Eu gosto das minhas sobrinhas e elas também gostam de mim. Mas tenho problema na cabeça, então nem na minha casa eu posso ter tanta liberdade. Tenho que ficar

⁹⁰ Hospital Geral que possui uma ala psiquiátrica.

⁹¹ Serviço de Saúde Mental que possui um núcleo de internação psiquiátrica.

na minha casa só por duas horas; depois disso preciso sair, pegar o ônibus e vir embora para o CAPS. Nem três horas consigo ficar em casa.

Às vezes eu até coloco botão no meu ouvido, mas as vozes não passam. Não são vozes do pensamento, é uma pessoa conversando com você. Quando acontece isso alguém conversa comigo, me diz que vai passar, que não preciso brigar, me dá medicação, eu tomo direitinho. As vozes só falam em suicídio. Mandam pegar faca na cozinha, passar no poço, me atirar em frente ao carro. Muito difícil. Mas, agora elas não estão atormentando muito, porque tenho tomado o remédio direitinho.

Além do remédio, a Estação Criar⁹² é uma parte boa do meu tratamento. Venho aqui, faço um desenho, pinto um quadro... Outra parte boa é jogar futebol, toda segunda feira, numa quadra aqui perto. Ou eu escolho ir ao futebol, ou eu escolho ficar na Estação Sabor⁹³. Gosto de atividades de grupo porque distrai bastante a mente. Na culinária, eu coloco uma música, converso com os amigos, conto que não estou bem. Aqui eu tenho poucos amigos, dois ou três apenas. Não confio em mais ninguém, só em dois. Eu conto a minha vida para ele e ele conta a dele para mim. Nós dois temos quase o mesmo problema.

Eu já tomei veneno de rato, tentei me matar chupando a mangueirinha do gás do fogão, era muito agressivo, batia em todo mundo. Minha mãe se assustou e, acho que eu também me assusto com essas coisas. Há um tempo atrás, quando eu tomava neozine, era necessário chamar o SAMU toda noite para mim, porque eu não dormia, ficava só pensando em coisa ruim. As vozes falavam para eu pegar prestobarba, rasgar toda essa cerca e me jogar daqui de cima. Era grave. Mas hoje, graças a Deus, eu conquistei muita coisa, como a minha família.

Aqui no CAPS outra coisa boa é nadar na piscina. Às vezes, quando está sol, os funcionários a abrem. O que está faltando para distrairmos a cabeça é um pimbolim. Mesa de Sinuca, já acho que é um pouco perigoso. Pode acontecer de jogarmos a bola um no outro, bater com o taco, mas pimbolim não tem problema. À noite nós não temos nada para fazer. Nós falamos sobre isso na Assembléia. Falamos que não pode fumar dentro da casa, falamos tudo o que acontece. Eu fumo para o lado de fora. Nem na casa da minha mãe, eu fumo lá dentro.

⁹² Oficina de criação e trabalho remunerado, que acontece dentro do CAPS e se destina a pacientes com dificuldades que os impedem de se inserir nas oficinas de trabalho situadas em outros locais da cidade.

⁹³ Grupo de Culinária.

Costumo falar com os profissionais, mas, quando eles estão ocupados, procuro meus dois amigos. Há dias em que não estou bem mesmo. Hoje mesmo, fui dormir mais de uma hora da manhã. Não tinha sono, mesmo com dez remédios. Antigamente a casa do CAPS era menor. Depois que mudamos para cá, me sinto melhor. Tem espaço para passearmos, a casa é grande, se tiver algum problema você dá uma voltinha aqui em cima, fica olhando os carros passarem. Aqui em cima não fica quase ninguém. Então, quando tenho algum problema, fico andando por aqui.

Os profissionais mais próximos de mim são a F. e o C. É neles que confio mais. Quando não estou bem, converso com eles e rapidinho minha tristeza vai embora. A F. é a minha referência e o C. também é da minha referência. A referência é como essa entrevista, sigilosa, confiável. Eu chamo o C. ou a F., falo que não estou bem. Se puderem me dar remédio, tudo bem, se preferirem conversar, eu converso, mas preciso fazer alguma coisa que tire essa angústia. Se quiserem faço uma pipa, desenho, ouço música, mas preciso que me ajudem a tirar a angústia. Neles eu confio mais. Se vier alguém de outra equipe, não confio não. Eles me passam uma força, uma energia. O que fazem por mim, só deus mesmo...

Tentaram a pensão para eu morar e não ficar mais dormindo no leito-noite do CAPS, mas não deu certo. Fui para casa, mas voltei. Não deu certo. Agora vão procurar uma casa aqui perto para mim. Faz diferença eles serem da minha referência porque nós somos mais perto um do outro. Temos aquele vínculo. A F., o C. e a R. (tinha me esquecido da R.) já conhecem minha doença, sabem como lidar com ela. Não confio em outra equipe para falar coisa minha. Demorou, mas os profissionais da minha referência conquistaram minha confiança.

Eles falam para mim que sou um moço novo, que o tratamento é demorado, mas devo ter paciência. Dizem que, com o tempo, a quantidade de remédio que eu tomo vai diminuir. Então, me passam uma energia. Quando cheguei aqui, fiz triagem com a K., mas cheguei muito bravo, não entendia o que era o CAPS. Hoje, quando vejo uma briga, eu separo ou chamo a enfermagem. Antes minha cabeça era bem mais confusa. Logo que cheguei aqui, tive três internações no C.F.

Nessa época o C. se aproximou de mim, disse que era da minha referência e que eu poderia procurá-lo quando precisasse. Sugeriu que eu procurasse a K. também. O C. e a F.

diziam que eu não precisaria ficar bravo e quebrar um vidro, falavam que eu poderia resolver as coisas de outra maneira, poderia procurá-los para conversar, numa boa. Então, comecei a fazer isso. Minha última internação já tem um tempo. Foi quando me joguei em frente a um carro, aqui na rua do CAPS.

Os profissionais da minha referência me compreendem muito. Já cheguei a falar que iria embora, sumir, parar com meu tratamento, mas não deixaram. Eu sinto uma força de que eles gostam de mim. Isso é o mais importante. No meu aniversário do ano passado, eu tentei o suicídio na ponte de uma passarela. Dormi na rua e fui me jogar lá da ponte. Tinha um negócio ruim dentro de mim, meu coração estava vazio. Mas, não me matei não. A perua do CAPS me encontrou lá. Não me encontraram em casa, mas estavam passando e me viram lá. Então me pegaram.

As minhas referências me passam uma energia boa. Sinto que eles gostam de mim, que não querem perder um paciente. Estudaram para isso. Como vão perder um paciente de que gostam e cuidam? Isso é bom para mim, sinto uma força. Também gosto de conversar com o F. Ele não é da minha referência, mas gosto mesmo assim. Quando me joguei no carro, em frente ao CAPS, ele me disse que gostava de mim, que não deixaria que eu me matasse, que é um profissional, não estava lá pelo dinheiro e sim por mim e pelos outros pacientes. Assim ele ganhou minha confiança.

Na minha vida passada eu nunca havia sentido que as pessoas gostavam de mim. Numa das minhas tentativas de suicídio, tomei cem comprimidos fortes. Nesse dia, depois que acordei, vi minha família inteirinha no hospital. Nesse momento, percebi que eles gostavam de mim. Mas, foi só nesse momento. Era comum minha mente apagar e eu começar a achar que todo mundo estava contra mim. Então, xingava minha mãe, meu padrasto, meu irmão, minha irmã, quebrava porta do guarda-roupa e do quarto. Isso não é para chamar atenção. É uma coisa que você está sentindo. Eu tinha esse problema de quebrar as coisas. Quanto mais ia quebrando, mais minha angústia ia passando. Já quebrei muita coisa.

Hoje em dia eu desencanei, não quero mais morrer, só quero ajuda. Quando eu entro em crise e tenho um apagão na cabeça, todo mundo está contra mim, mexendo comigo, rindo e debochando de mim. Quando estou bom, sei que isso é coisa da minha mente, mas quando estou ruim não quero conversa com ninguém, nem com K, nem com C., nem com

F, nem com os pacientes daqui, com ninguém. Nesses momentos, eles me internam, porque fico muito perigoso. Aqui é um lugar para quem está mais ou menos bom. Já pensou se chego aqui e quebro essa porta: vão pensar que não estou bom. E, na realidade, realmente não estou. É por isso que eu vou atrás da minha equipe de referência. O C. falou que quando eu não estivesse bom, eu deveria procurar por alguém da equipe, pois eles dariam um jeito. E dão mesmo. Trancam-me no quarto e conversam comigo lá, me dão um remédio. Durmo um pouco e acordo mais tranqüilo, relaxado. Quando estou ruim, todos percebem, não sei porque.

Quando me interno, acontecem essas mesmas coisas. Fiquei quatro meses no C⁹⁴. para sarar minha cabeça. Costumava fugir de lá. Mas aqui no CAPS é gostoso, é melhor do que na minha casa. Aqui faço amigos, todo mundo me entende, entende minha doença. Mas, para melhorar, seria bom que a sala onde tem livros ficasse aberta à noite. Nós ficamos a noite toda sentados no sofá, sem ter o que fazer. Das sete às nove horas, que é o horário em que dormimos, nós ficamos andando para baixo e para cima, como uns doidos. Não fazemos nada. Seria legal fazer um grupo à noite. Assim iríamos dormir com pensamento bom. Deveria ter alguma coisa à noite, mesmo que fosse um grupo de uma hora.

Aqui tem funcionários bons, mas também tem profissionais ruins. Não é com todo mundo que podemos contar. Mas de dia nada precisa mudar. Eu participo também de um grupo de referência, que serve para os pacientes falarem como estão. Participam a J., que é psiquiatra, a F., a R. e a K. O C. não, pois ele trabalha à tarde. O que eu acho legal da minha equipe é que eles olham para a minha cara e já dizem: você não está bom, vamos conversar. Não é preciso que eu vá procurá-los para dizer que não estou bem, que estou triste, nervoso, doente. Eles olham para mim e já sabem, por isso, me chamam para conversar. Aí quero fazer pipa, ver revista, pintar, um monte coisa, minha cabeça fica confusa.

Em relação à minha referência, eu não tenho nada a reclamar. Mas, cada paciente tem seu jeito. Há aqueles que gostam ou não gostam de uma pessoa ou outra. À noite nós deveríamos ter uma referência, deveríamos ter referência em todos os períodos, mas o

⁹⁴ Mesmo serviço de saúde com unidade de internação. Às vezes Ademir se refere a esse serviço como C.F. e às vezes como C.

noturno não funciona assim. Quando a D., que é da minha referência, estava à noite, consegui tomar meu remédio. Só ela conseguiu me fazer tomar, eu estava nervoso com todos os outros profissionais. À noite deveria haver uma referência de cada equipe, para que o paciente pudesse procurar, quando estivesse em crise. Isso melhoraria bastante o CAPS.

Observações sobre a entrevista com Ademir

Ademir me recebeu bem para a entrevista. Parecia disposto a falar sobre si e tranqüilo com a situação. Ao longo da nossa conversa, preocupou-se em se fazer claro e não pareceu se emocionar muito.

Quando encerramos, disse que estaria a disposição para outras pesquisas, demonstrando ter gostado da experiência. Falou que aceitaria me receber novamente, para a leitura da narrativa da entrevista, mas que não faria questão de rever o que havia dito, pois já havia falado tudo o que havia para falar e *assinava em baixo* do que tinha dito.

Após me despedir de Ademir, uma das profissionais da sua equipe de referência, contou-me que ele não dormira bem à noite, fato que associou à entrevista. Durante a conversa comigo, ele contara sobre essa dificuldade de dormir, mas não dissera que ela fora ocasionada pela entrevista.

7.2. Narrativa da entrevista feita com Viviane

Nasci⁹⁵ numa família em que minha mãe biológica não teve condições de cuidar de mim. Deixou-me com uma pessoa, mas ela também não foi capaz. Então, meus pais adotivos me viram quase morrendo, porque eu estava com desidratação e desnutrição, e me levaram para o hospital. Fiquei internada, em coma. Quando saí, meus pais adotivos me adotaram.

Não tenho lembrança da minha infância, tenho um bloqueio. Já fiz regressão e outras coisas, mas não consigo me lembrar de nada. Com doze anos, quis conhecer minha

⁹⁵ A entrevista de Viviane fora feita no CAPS onde ela se trata. Esse serviço organiza seu trabalho de referência através de equipes de referência, entendidas como uma unidade de acompanhamento do paciente.

mãe biológica. Eu pegava fotos de bebês para poder falar que era eu. Mas, na realidade não era. Meu avô adotivo foi atrás da minha mãe biológica, mas ela já tinha morrido. Nessa época eu já tinha 16 anos. Minha adolescência foi bem conturbada. Eu passei esse período revoltada. Mas, hoje em dia, sou uma pessoa totalmente resolvida nesse sentido. Foi uma fase minha. O que me revoltava era a minha mãe. Ela me tratava diferente. Eu apanhava muito.

Com vinte e um anos, saí de casa. Fui morar sozinha, num apartamento. Fiquei um ano lá, até que meu avô morreu e eu fui para casa da minha avó. Uma casa que meu pai montou para ela. Logo em seguida, ele começou a construir minha casa, onde eu moro até hoje. Em 1997, sofri um acidente de carro, foi bem traumático. Era o dia 09 de fevereiro. Em setembro desse mesmo ano, tive o meu primeiro surto. Tinha 27 anos. Foi a minha primeira crise.

Nas minhas crises eu escuto vozes, vejo vultos, me corto. Uso de mutilação. Não faço porque eu queira, mas porque vem na cabeça, as vozes falam e tenho que fazer. Não me lembro desse primeiro surto inteiro. Fui internada no dia primeiro de setembro e só me lembro das coisas que aconteceram a partir do dia 26 de setembro.

O acidente de carro aconteceu quando fui buscar uma amiga minha no C.⁹⁶. Antes de ir, já havia tomado insulina, que uso regularmente. Mas, na volta do CAISM, perdi o controle do carro e ele bateu num poste. Tive traumatismo craniano, fratura e luxação de quadril, um ferro entrou na barriga, fratura na face, perdi os dentes da frente. Já fiz três cirurgias para o fêmur. E, vou precisar fazer outra para colocar prótese total de quadril. Só estou esperando que eu consiga emagrecer e parar de fumar. Nessa minha primeira internação, me contaram que eu só falava que minha mãe não gosta de mim, porque ela me trata com diferença. Falava isso o tempo todo e me mutilava. Quando eu me corto, sinto prazer, pois dói, sinto que estou viva e alivia um pouco a angústia.

Depois desse surto, tive vários outros. Era internada pelo menos duas vezes por ano. Isso acontece até hoje. Foi dado que eu tenho transtorno de personalidade borderline. Há murmúrios que ficam na minha cabeça constantemente. Mas, quando entro em surto, essas vozes ficam nítidas. Passo a escutá-las com nitidez. Quando acontece isso, já percebo que não estou legal. Então, procuro as pessoas daqui do CAPS, para não degradingar de vez. Os

⁹⁶ Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher.

murmúrios ficam sempre na minha cabeça. Eu estava achando que o que provoca o surto são as datas comemorativas, mas não pode ser, pois, neste natal, eu estou bem.

Hoje em dia eu moro sozinha, mas encontro sempre os meus pais. Minha mãe é mais fria, tem um gênio muito difícil. Ela é alcoólatra. Já meu pai não; é fácil de lidar com ele. É uma pessoa especial na minha vida. Ele cuida de mim, é preocupado comigo. Sinto-me segura, quando estou com ele. Tenho um irmão adotivo também. Ele tem 29 anos. Eu tenho 38. Vejo meu pai, ou falo com ele todos os dias. Mas, não encontro tanto minha mãe e meu irmão. Ele ficou sabendo que era adotivo com 21 anos e ficou revoltado. Achava que todo mundo mentia para ele, essas coisas... Ele é revoltado com a minha mãe, não com o meu pai.

Eu soube que era adotada desde pequena. Nasci numa cidade muito pequena, e meus pais fizeram de uma maneira que me protegesse. Logo fizeram certidão de nascimento e me contaram sobre a adoção, para que eu não ficasse sabendo através de alguém da cidade. O fato de ser adotiva é tranqüilo para mim, sou resolvida com relação a isso. Meu pai me protege de tudo, faz de tudo para mim.

Eu tenho Unimed e, por isso, sempre me tratava na V.⁹⁷. Conheci o CAPS através de uma amiga minha, a A. Vim num domingo almoçar no CAPS com ela e depois voltei durante a semana. Nessa época, meu psiquiatra me falou que eu precisaria de um tratamento contínuo. Até então, eu só ia à V. quando estava em surto. Ficava entrando e saindo de lá. Ele falou que eu precisava de um acompanhamento mais de perto. Como eu já havia conhecido o CAPS, através da A., resolvi me tratar aqui. Fiz uma entrevista e fiquei. Hoje em dia não me interno mais na V. Quando eu preciso, fico em leito-noite aqui no CAPS mesmo.

Gosto do tratamento daqui. Os profissionais são muito bons, tanto o psiquiatra, quanto os terapeutas e as psicólogas. Eu só sinto falta de ter um psiquiatra mais tempo aqui, para podermos contar com um médico e não ter que pedir remédio para alguém que nem me conhece. Minha médica só vem de segunda-feira toda semana e de terça quinzenalmente. Ontem tive problemas com a insulina que tomo, e não havia como resolver porque minha médica não estava aqui e minha endocrinologista está com o fax quebrado.

⁹⁷ Clínica particular de internação psiquiátrica.

Eu faço grupo de medicação, terapêutico e de bordado. Se quiser conversar com as psicólogas da minha referência, a J., a B., a C., eu sento e converso. Elas me dão bastante atenção. Venho ao CAPS todos os dias. Isso me deixa entediada de vez em quando. Às vezes não quero vir, mas venho, porque a doutora falou para eu fazer assim.

Em casa, sou eu quem faz todas as coisas. Tenho amigos e namorado. Namoro há dois anos, mas meu namorado mora longe. Só nos vemos nos finais de semana. O que é importante para mim é a confiança que as pessoas têm em mim. Sabem o que eu tenho e sabem que não estou brincando. Meu pai confia, mas minha mãe, não sei.

Já trabalhei na P⁹⁸., no B.⁹⁹, num escritório de contabilidade e na V¹⁰⁰. Eu sou enfermeira. Antes de começar a surgir os problemas, eu trabalhava normalmente. Depois disso, não consegui mais trabalhar. Faz dez anos, mas nesse meio tempo cuidei de um senhor que teve um A.V.C. isquêmico e ficou com o lado esquerdo todo paralisado. Comigo ele saía da cama, eu o forçava a levantar, o colocava na cadeira de rodas, o levava para a sala assistir televisão. Tenho vontade de trabalhar, mas fico com medo de que cortem meu benefício, é um auxílio doença. Eu gostava de trabalhar.

O CAPS é praticamente a minha segunda casa. Os profissionais são bastante paciosos, cuidam bem. Não tenho o que reclamar daqui. Posso reclamar de um funcionário ou outro, como um do período da tarde que fica em frente à televisão e não faz o que preciso. Mas, não é só comigo, é geral.

Eu sinto muita angústia, fico sofrendo por antecipação. Tudo me faz sentir medo, angústia e vontade de me cortar. Não consigo chorar, mas meus olhos enchem de lágrima quando acontece alguma coisa com alguém, mesmo que distante de mim. Quando essa angústia se instala, já tenho crise. Então, já começo a sofrer, pois sei como vai ser. E, não consigo me controlar. Sei que vou me cortar, que vou escutar vozes, ver vultos... Acho tudo isso ruim. O sofrimento vem daí, de modo geral.

Tenho medo de que meu pai tenha algum problema. Ele só tem um pulmão que funciona e que está com problema. Também tenho medo de que aconteça alguma coisa com a minha cachorra, que já tem 17 anos. Minha mãe, quando bebe, se torna ignorante. Se eu ligo em casa, depois das duas horas da tarde, ela já é grossa. Acha que ligo para pedir

⁹⁸ Hospital Geral.

⁹⁹ Hospital Psiquiátrico.

¹⁰⁰ Clínica particular de internação psiquiátrica

alguma coisa, mas, às vezes, só ligo para ouvir a voz dela. É difícil escutar isso de uma mãe. Ontem, eu acho que ela bebeu menos. Liguei para oferecer ajuda para os preparativos do natal. Ela questionou se eu estava com vontade de ajudar neste ano e, depois, disse que iria pensar, que se precisasse, me ligaria. Ela começou a beber há 8 anos, quando parou de fumar. Mas, ela sempre foi muito seca, meio ignorante, de modo geral. Eu não sei o que é um beijo, ou um abraço dela.

Aqui no CAPS eu tenho equipe de referência. Sinto falta de que a médica da minha referência venha mais vezes na semana. Mas com a J., a B. e a C., posso sempre conversar. Quando não está uma, está a outra. A referência é isso, é você ter um respaldo. O grupo terapêutico é feito com dois profissionais da minha equipe. Seria complicado se o CAPS não funcionasse como referência, porque são muitos pacientes. Se você trabalhar com pessoas que vão pegar o grupo inteiro, não haverá momentos de medicação, nem terapêutico. As psicólogas ficariam abarrotadas de serviço. O grupo de referência é válido pela demanda que tem no CAPS.

Eu diria que o grupo de referência é um determinado número de pessoas que cuidam da gente, cuidam ouvindo e medicando. Se um funcionário tira férias, ou se ausenta, há outra pessoa com quem você pode contar. A relação que eu tenho com as psicólogas da minha referência é diferente daquela que tenho com outros profissionais do CAPS. Os outros não me conhecem; se vou conversar com eles, preciso contar toda a minha história novamente. E, para mim isso não dá certo. No momento que quero desabafar, não consigo falar. No meu caso, tem que haver uma pessoa constante. Se a pessoa muda, já não consigo falar. Quando estou em crise, não tenho paciência de falar as coisas. Fujo do problema.

Não tenho do que reclamar da minha referência. A J., a B. e a C. estão sempre presentes. Mas, vejo problemas em outras equipes de referência. Tenho uma amiga que nunca consegue alguém para conversar, mesmo que procura a referência dela. Ela nunca consegue falar com ela. É importante que o paciente seja escutado quando procura. Se ele procura, é porque está precisando ser escutado.

O leito-noite é como uma internação. Não deixa de ser uma internação. Os funcionários são da enfermagem. Ficam poucos pacientes à noite, por isso, se queremos conversar, temos mais chance de encontrar alguém mais rapidamente. Mas, não é a mesma

coisa conversar com alguém da referência de dia e com um enfermeiro à noite. À noite não funciona como referência. Mas, não falta atenção dos funcionários.

Eu espero que minhas crises sejam mais espaçadas. Sei que no meu caso não existe cura. O que existe é uma estabilidade. Então, espero que minhas crises sejam bem distantes uma da outra, porque é sofrido, é difícil. Se bem que meu pai falou que, se eu precisar de internação novamente, vai me levar para o B.¹⁰¹. Ele acha que aqui tem muitos fumantes e pensa que eu parei de fumar. Tenho crises de asma e bronquite.

Na última crise que eu tive, que foi em novembro, procurei minha médica. Ela disse que eu deixasse a crise se instalar. Ela entraria com medicação depois que a crise já tivesse instalada. Então, eu deixei, mas preferiria que não ter tido crise. Não sei de nada que possa evitar as crises. Os grupos e as conversas com a referência me ajudam a pôr para fora um pouco do que estou sentindo. Acho que este CAPS pode ser usado como referência de tratamento.

Observações sobre a entrevista de Viviane

Viviane esteve bastante tranqüila durante toda a entrevista. Parecia ter muita facilidade para contar sobre sua vida e localizar os acontecimentos que julga importante, dentro de uma linha cronológica. Mostrou-se mais emotiva e com dificuldade para falar apenas quando insisti em perguntar sobre os sentimentos que possui nas crises. Nesse momento, ela disse que não tinha mais o que falar e pareceu nervosa. Mas, ao mudar de assunto, recuperou a tranqüilidade do início da conversa.

Diferentemente de todas as outras, esta entrevista pôde ser feita numa sala bastante silenciosa e confortável, o que facilitou a interação com Viviane.

7.3. A equipe de referência como padrão de integração

Ademir e Viviane nos parecem ilustrar a importância da estruturação do serviço em equipes de referência. Embora ambos também se refiram ao trabalho de referência a partir dos profissionais que compõem a equipe, eles deixam clara a importância de esses

¹⁰¹ Hospital Psiquiátrico de uma cidade próxima a Campinas.

profissionais estarem organizados numa estrutura coletiva. Assim, Viviane enfatiza o valor de sempre encontrar uma de suas referências e o sentido de *respaldo* que tal possibilidade imprime ao seu tratamento. Já Ademir, que se trata num CAPS organizado em equipes de referência, dentro das quais há os técnicos de referência, embora mencione que a F. é a *sua referência* e o C. e a R. são *da sua referência*, faz uma menção clara ao caráter coletivo do arranjo quando afirma: *Não confio em outra equipe para falar coisa minha. Demorou, mas os profissionais da minha referência¹⁰² conquistaram minha confiança.*

A narrativa de um grupo focal com trabalhadores, apresentada em sessões anteriores desse texto, mostra uma interessante reflexão acerca de questões clínicas que envolvem a organização em equipe de referência. Conforme já mencionamos, os profissionais dizem que a constituição de equipes possibilita a diluição do saber e da transferência, o que contribui para que se evite, junto aos usuários, a erotomania e suas conseqüências. Porém, reconhecem que alguns casos exigem a centralização do tratamento *numa só pessoa (...)*um ponto mínimo de amarra para o tratamento (...) *que não deve ser um ponto único.* Alguns trabalhadores destacam que, mesmo quando se centraliza o tratamento num profissional, em função das necessidades de alguns pacientes mais desagregados, a equipe ainda é chamada para compartilhar as decisões e diminuir, mesmo que parcialmente, a solidão da clínica.

Embora já tenhamos apresentado uma discussão acerca desse tema, no capítulo anterior, entendemos que ainda é possível relacionarmos alguns dos papéis atribuídos às equipes de referência com certos aspectos ligados função paterna, segundo o entendimento winnicottiano (Furtado e Miranda, 2006). Fazendo uma aproximação de nossas reflexões sobre as equipes de referência com esse referencial teórico, supomos que caberia às equipes oferecer o suporte afetivo para que o profissional de referência pudesse sustentar a delicada relação que deve desenvolver com seu paciente, tal como a figura paterna o faz nos momentos iniciais da vida do bebê, quando a mãe se desliga parcialmente do mundo e se coloca em processo de *preocupação materna primária*. Dias (2003) pontua que, segundo a teoria winnicottiana, o apoio do pai é essencial para que a mãe possa desocupar-se de algumas tarefas ligadas ao mundo externo e voltar-se para o círculo formado entre ela e o bebê. Além disso, o pai desempenha a função de *humanizar* a mãe, quando ela exagera nos

¹⁰² Grifo nosso.

cuidados, querendo tornar-se realmente mágica na sua tarefa de adivinhação das necessidades do bebê. Em todo esse quadro, a função paterna está ligada à idéia de segurança e suporte.

No bojo desse raciocínio, propomos que o profissional poderia contar com o suporte da equipe de referência para construir o delicado processo relacional junto do paciente. Ao fazê-lo, ele estaria seguro de que conta com um espaço coletivo o sustentando, tanto no sentido de oferecer apoio para as dificuldades próprias de um relacionamento tão próximo com o usuário, quanto no sentido de apontar seus excessos, que tendem a caminhar rumo a atitudes onipotentes.

Nesse aspecto estamos fazendo uma analogia entre a função paterna esperada para momentos de dependência absoluta do bebê e a função da equipe de referência, para com o profissional de referência, nos momentos de maior desintegração do seu paciente, quando este requer relações com algum grau de identificação. No entanto, Winnicott (1999b) aponta outros elementos ligados à função paterna que nos parecem poder guardar alguma correspondência com certos papéis da equipe de referência. Na sua leitura da teoria winnicottiana, Dias (2003) lembra que, no início da vida, o bebê ainda não tem, sequer, uma relação a dois (já que forma um *dois em um* com a mãe) e, muito menos, à três. Por isso, ele só pode perceber o pai como um duplo de sua mãe. Mas, mesmo assim, ele vê no pai um primeiro vislumbre de algo inteiro, implacável e forte, o que lhe remete à possibilidade de integração.

Entendemos que a equipe de referência, quando se encontra em momentos de trabalho efetivo num *campo comum*, pode exercer essa função de vislumbre de integração para os pacientes. Nesse sentido, propomos que, através de uma organização pautada no modelo de equipes de referência, se constrói um plano de trabalho em que profissionais podem sair de férias, se demitir do trabalho, faltar, ou encontrar dificuldades na relação com seus pacientes, mas a equipe, enquanto dispositivo coletivo, permanece e continua provendo os cuidados necessários aos usuários. Talvez, por isso, vários pacientes, tais como Ademir e Silvia, se refiram aos técnicos de referência, afirmando: *ele é da*¹⁰³ *minha referência*. Nessa leitura, diríamos que esses profissionais pertencem ao *campo comum*,

¹⁰³ Grifo nosso.

sustentam-no e sendo por ele sustentados, o que pode imprimir ao arranjo coletivo uma sensação de inteireza e força.

Acreditamos ser possível associar essa reflexão ao apontamento, feito pelos profissionais, de que as equipes de referência criam um espaço de pertença aos usuários, que passam a dizer *eu sou dessa* ou *daquela* equipe. Pertencer a um coletivo que se sustenta ao longo do tempo, a despeito de inevitáveis variações ligadas aos trabalhadores individualmente, deve abrir caminhos para a integração, já que permite a experiência de pertencimento a algo que não se despedaça ou desmantela, a despeito dos problemas inerentes à passagem do tempo.

Essa vivência de pertencimento não diminui a importância de relações duais para alguns pacientes mais regredidos. Conforme alguns trabalhadores apontaram, é o profissional de referência que, através dos seus processos de identificação com o usuário, apresenta este a equipe e media sua relação com ela. Assim, colocamo-nos novamente diante de uma espécie de linha tênue, na qual é necessário caminhar com cuidado: o profissional apresenta o paciente a equipe e media as relações que passam a ser construídas. Mas, ao mesmo tempo, essa equipe lhe oferece suporte para a manutenção de sua própria relação terapêutica com o paciente.

As equipes de referência, no nosso entendimento, podem ainda permitir certa fluidez, verificada não só em relação ao paciente que poderá desenvolver relações com diferentes profissionais, podendo *distrain a mente*, conforme coloca Ademir, mas também do próprio técnico de referência. Este, uma vez tendo sua onipotência interdita, pode rever seus padrões de identificação e seus desejos para com aqueles a quem se incumbe de acompanhar, o que lhe abre caminhos para mudanças de posicionamentos. Note-se que ele pode fazer isso porque conta com uma organização coletiva que compartilha da responsabilidade do acompanhamento dos pacientes (como exemplifica o grupo, ao pontuar que as tomadas de decisão devem ser coletivizadas), dando-lhe suporte para reconhecer os limites da sua importância e para suportar processos em que deve se ausentar, tanto do ponto de vista prático, quanto subjetivo.

Segundo a teoria winnicottiana, quando o bebê consegue tornar-se um *eu unitário*, já não se encontra em dependência absoluta de sua mãe e tem um grau de integração

suficiente para reconhecer seus instintos e demandas¹⁰⁴. Nesse período, o pai chama a mãe de volta à convivência conjugal, tirando-a daquele *enlouquecimento natural*, próprio da *preocupação materna primária* e envolvendo-a com seu amor. A criança já tem condições de perceber o pai como um terceiro e, um pouco depois, de aceitar que ela própria é o terceiro na cena amorosa. Passa então a ter que lidar com desejos e raivas provindos dessa nova situação. Agora, o pai entra em cena e torna-se importante, não só para indicar que a mãe não pertence à criança e apontar a impossibilidade de que esta siga achando que tudo pode e possui, mas também para ajudá-la a conter seus impulsos amorosos e agressivos, servindo-lhe como um padrão para a integração desses sentimentos, assim como para a segurança na possibilidade de vivenciá-los (Winnicott, 1999a).

No seu relacionamento com o pai, a criança pode observar a mãe e o restante do mundo a partir do ponto de vista dele, o que lhe permite aproximar-se de uma visão mais objetiva da realidade (já que está menos identificada com a mãe). Assim, na medida em que o pai se coloca como terceiro, ele não só interdita o amor incestuoso da criança com a mãe, como também a ajuda a aceitar a externalidade desta. Diante da integração do pai, figura que fora forte o suficiente para separá-la da mãe, a criança sente-se mais segura para viver seu amor e seu ódio pela figura materna e pelo mundo que tem se apresentado frustrante (Winnicott, 1999a). A relação com o pai assegura a existência de certo contorno ou uma continência (que deve se transformar em interdição simbólica) para os impulsos destrutivos, sejam eles ligados ao amor ou ao ódio intensos.

Winnicott (1990b) aponta ainda que, quando a criança alcança integração suficiente para perceber seus impulsos, ela é, inevitavelmente, levada a haver-se com sua impotência, já que não poderá ter para si o objeto desses impulsos. Nesse momento, se, por um lado, a figura do pai interditor impõe-lhe a angústia de castração e todo o desconforto que dela emana, por outro lado, essa angústia se coloca como uma alternativa à agonia da impotência. Note-se que estamos tratando não apenas da impotência frente à conquista amorosa, mas, sobretudo, da impotência relacionada ao destino dos próprios impulsos e à insegurança quanto ao alcance destrutivo deles.

¹⁰⁴ Apenas quando a criança já possui esse grau de integração é que ela pode possuir “demandas” no sentido de uma expectativa amorosa em relação ao outro.

Sabemos o quão mais complexas e problemáticas tornam-se as questões edípicas quando estamos tratando do assunto da psicose. No entanto, arriscamos fazer mais uma aproximação entre elementos da função paterna e da equipe de referência, ainda que guardadas as devidas diferenças. Nesse sentido, arriscamos fazer a hipótese de que também seria da incumbência da equipe facilitar o desligamento ou a diminuição da identificação entre o profissional de referência e o paciente, quando a proximidade da relação não se faz mais necessária, ou quando tem se mostrado pernicioso. Ou seja, dentre as funções da equipe estaria o exercício ora de suporte, ora de lei que interdita relações de identificação desnecessárias e, possivelmente, prejudiciais para o amadurecimento emocional do paciente.

Nesse âmbito, utilizando-se da diversidade de profissionais e ofertas terapêuticas que a compõe, a equipe desempenharia o papel de sinalizar ao paciente as possibilidades de relação e crescimento que o envolvem e ultrapassam os limites da sua relação com o técnico de referência mais próximo. Ao fazê-lo, além de apontar novos cenários relacionais, a equipe estaria ajudando o paciente a se aproximar da realidade sob outros ângulos, o que lhe permite ampliar o contato com o mundo externo.

Winnicott (2000b) sugere que a agressividade humana tem seu significado próximo da idéia de motilidade. Para o autor, nos estágios iniciais do amadurecimento emocional, é o componente agressivo que, geralmente, *conduz o indivíduo rumo a um objeto ou a um Não-eu que ele sentirá como externos* (ibidem, p. 301, grifo do autor). A experiência agressiva torna-se satisfatória quando ela encontra uma oposição. Nesse caso, o indivíduo tem uma sensação importante de realidade. Ele percebe que há algo ali, para além dele, que lhe impõe sua existência através da oposição à sua agressividade e da sobrevivência frente a ela¹⁰⁵. Assim, ainda que todo indivíduo nasça com algum potencial agressivo, este vai se desenvolver segundo a quantidade de oposição encontrada no ambiente. Note-se que, para o autor, esta oposição só deve ser experimentada quando o bebê já vivenciou um estado de dependência absoluta e já alcançou integração suficiente

¹⁰⁵ Winnicott (2000b) concebe a agressividade, quando é inicialmente experimentada pela criança, como um conceito diferente da raiva, provinda da frustração diante de uma resposta do ambiente. Assim, a agressividade é tida, em sua origem, como uma espécie de *força vital* que vai ao encontro do ambiente externo, não sendo, portanto, fruto da frustração. Porém, ele pontua que essa agressividade originária é diferente daquela que o indivíduo desenvolve em resposta à padrões de intrusão do ambiente, tendo por isso, um caráter defensivo e sendo acompanhada de sentimentos de persecutoriedade.

para se haver com seus próprios impulsos e com a externalidade do mundo (Winnicott, 2000b).

A respeito da importância da agressividade para o processo de apercepção do mundo externo, Salem (2007, p. 176) salienta: “ [...] O atrito gerado entre o apetite agressivo do bebê e a resistência do ambiente revela os efeitos de sua ação no mundo e permite que passe a construir seus limites corporais reconhecendo no entorno aspectos que não lhe pertencem [...]”. O autor segue sua argumentação, lembrando que, para a teoria winnicottiana, o indivíduo sente prazer quando encontra uma oposição adequada, pois, desse modo, está satisfazendo seu desejo de diferenciação.

A seguinte afirmação, expressa na narrativa do grupo focal anteriormente apresentado, nos parece aproximar-se dessa teorização winnicottiana:

[...] Poderíamos fazer um paralelo com essa idéia de fundar o outro através do conceito de objeto subjetivo: ser algo que, de certa forma, o paciente cria e que depois poderá se tornar externo a ele. [...] Com o tempo, na medida do que lhe é suportável, ele vai se separando de nós. Há outros casos para quem o referencial já é externo e existe uma tentativa do paciente de testar se isso é real. Trata-se de uma experiência na linha da agressão [...].

Na nossa leitura, a equipe de referência pode ter um papel importante enquanto unidade que recebe a agressividade do sujeito, reafirma a sua própria externalidade e a sua condição para fazer frente a essa agressividade (o que é diferente de retaliar), além de sobreviver a ela. Ou seja, o arranjo coletivo se mantém vivo, como padrão de integração, colocando-se dessa forma perante o sujeito, o que tenderá a apoiá-lo no seu processo de aproximação e apercepção da realidade. Nessa perspectiva, parece-nos importante a manutenção de um jogo entre os âmbitos coletivo e individual do arranjo, de tal modo que seja garantida a possibilidade de contatos duais, adaptados às necessidades de cada paciente e, ao mesmo tempo, de relações calcadas numa organização coletiva.

Acreditamos que o exercício desse jogo, se constantemente analisado, poderia se colocar como um dos possíveis modos de lidar com a problemática da onipotência, anunciada pelos trabalhadores, já que, constantemente, ele reafirma para os profissionais

que estes não são únicos na capacidade de compreensão do paciente que acompanham, embora sua subjetividade contribua para uma forma ou outra de entendimento. Ao mesmo tempo, tal configuração tende a ampliar as possibilidades do paciente ser compreendido na polifonia de seu *idioma pessoal*, tal como sugere Oury (1991).

A discussão que vimos construindo nos leva a concluir que a qualidade do arranjo em questão depende da capacidade dos profissionais em transitar entre os espaços individualizados e coletivos. Ou seja, defendemos aqui que, além da criação desses espaços, os serviços devem se esforçar para fazer com que eles se comuniquem, se toquem, se suportem e se desestabilizem. Nesse sentido, a questão deixa de ser localizada na organização segundo o modelo de profissional ou de equipe de referência, passando a centrar-se na relação entre as variadas formas como o arranjo se estrutura para responder às necessidades dos pacientes. Propomos, então, uma organização do arranjo que permita ao profissional habitar uma espécie de interstício, ou seja, uma zona em que ele se mantém presente e, ao mesmo tempo em reserva, uma zona entre o coletivo e o individual, que oferece pontes para esses dois âmbitos, mantendo-os em constante diálogo.

Os sujeitos da nossa pesquisa nos indicam, entretanto, que a boa organização da equipe e a disponibilidade afetiva dos profissionais, embora freqüentemente exitosas, não garantem o desaparecimento de problemas graves, tais como práticas terapêuticas controladoras, tutelares e punitivas. Diante desse quadro, pretendemos encerrar nosso trabalho apresentando, no próximo capítulo, algumas discussões acerca de elementos ligados a uma condição ética da clínica, condição esta que, sem a pretensão de resolver os problemas, pode servir de elemento reflexivo ou balizador das práticas assistenciais.

8. Entre a Psicanálise e a Saúde Mental: paradoxos, interdições e alguns balizamentos éticos para o Trabalho de Referência

Nosso objetivo nesse capítulo é refletir acerca de alguns balizamentos éticos a serem relacionados com o trabalho de referência. Para isso, começaremos apresentando duas narrativas: a de Laura e a de Karina¹⁰⁶ e, em seguida, resgataremos trechos das outras narrativas, associando esse material a algumas tradições teóricas, que se localizam no que consideramos uma zona de encontro entre a psicanálise e a saúde mental.

8.1 Narrativa da entrevista feita com Laura

Eu¹⁰⁷ nasci em casa, de parto normal. Somos sertanejos. Nasci no sertão. Somos em nove irmãos, três morreram e seis estão vivos. Sou a quinta filha do casal. Minha mãe percebia que eu não era muito normal quando criança, era diferente. Mas, como morávamos no sítio, ela não deu muita importância. Ela também era sertaneja, achava que poderia levar as coisas de qualquer maneira. Quando mudamos para a cidade é que ela percebeu mais ainda. Ela sentia que eu era diferente. Eu tinha medo de dormir sozinha, via vulto. Quando eu tinha medo, ia dormir no meio da minha mãe e do meu pai. Levantava tarde da noite e ia me deitar no meio deles. Era um medo terrível. Não me lembro do que, mas tinha medo e via vulto. Nessa época eu estava com seis anos. Entrei na escola e foi tudo bem. Passei de ano até a sexta série, sem repetir. Minha mãe achava que eu não iria conseguir, porque eu era diferente, mas foi tudo bem.

Com onze anos fui ser babá da filha da minha professora. Fiquei com ela até os treze anos. Eu cuidava da A. P., uma menina linda... Então deu uma estabilizada naqueles problemas que eu tinha. Com os bons estudos, o envolvimento com outras crianças, pessoas e trabalho, parecia que eu tinha ficado normal, tinha melhorado a mente.

Nessa época, porém, me mudei para cidade grande, vim para Campinas e não foi muito bom. Aqui eu comecei a ter medo no bairro em que morava. Hoje em dia, voltei a

¹⁰⁶ Ambos são nomes fictícios

¹⁰⁷ A entrevista através da qual construímos essa narrativa, foi realizada numa Oficina de Geração de Renda, onde Laura trabalha. O CAPS em que ela faz tratamento organiza seu trabalho de referência através de equipes de referência, dentro das quais cada profissional é referência para determinado número de usuários.

morar lá. Tinha medo dos marginais que ficavam usando droga na esquina. Eu era muito bonita e percebia que alguns marginais me cobiçavam, mas tinham medo do meu irmão mais velho. Mas esse irmão teve doença de chagas, começou a ficar doente, doente e morreu. Eu estava com dezesseis anos e namorava um militar. Minha família aprovava. Esse militar era quem arrumava bastante sangue para doar para o meu irmão. Eu me senti muito insegura quando meu irmão veio a óbito. Meus pais tinham se separado e eu perdi meu irmão. Fiquei muito triste com isso, eu gostava muito dele e também tinha medo dele.

Hoje eu sinto que o que aconteceu no ano passado foi que o meu irmão apareceu para mim. Mas, se fosse hoje eu não acreditaria que era ele. Acreditaria que era um ser do mal, porque quem morreu não aparece nem volta mais. E, meu irmão voltou para falar comigo. Fiquei com muito medo. Eu ia ao cemitério, escrevia carta para ele, deixava no túmulo. Ia escondida da família, com sol quente, ficava lá. Fiquei fraca da cabeça e tive minha primeira internação. Chorava demais e minha mãe percebeu que eu não estava falando coisa com coisa. Por isso, me levou na Clinicamp. O Dr. Evandro me passou um remédio. Me lembro até hoje do nome. Chama calmoceteno. Mas, eu não melhorei e minha mãe voltou comigo lá. Eu estava atrapalhada da cabeça, não comia e não dormia. Estava muito magra. Então o Dr. Evandro disse que seria bom uma internação. Mas, a internação foi muito pior.

Minha família não tinha condições de me levar numa clínica de repouso, um lugar mais bonito, asseado, um lugar bom. Então me levaram para o V. do A¹⁰⁸. Um lugar que já fechou hoje. Cheguei lá eram umas nove horas da noite, minha mãe fora me levar de carro, com uma amiga e um amigo da família. Assim que cheguei, minha mãe havia ido embora, e eu já tive dificuldades com paciente. Lá tinha sapatão e elas ficaram interessadas por mim. Dormiam no meu quarto. Fiquei apavorada, com medo delas. Mas, graças a Deus elas perceberam que era brava (também sou brava) e não mexeram comigo não, não ficaram atrás. Mas, a comida era muito ruim. O edifício era bom, mas o ambiente não era legal. Como eu era de menor, fiquei lá só nove dias. Voltei para casa, mas não estava boa. Voltei doente, nada me conformava. Não tava legal. Não dormia à noite, não comia. Ficava até as duas da tarde sem escovar o dente e pentear o cabelo. Não tinha ânimo de viver. Foi então que minhas amigas resolveram me incentivar a participar de um concurso de beleza.

¹⁰⁸ Clínica de internação psiquiátrica.

Eu estava com uns dezessete anos quando isso aconteceu. Eu participei. Fiquei em terceiro lugar. Não ganhei porque estava muito magra na época. Mas, aí, coloquei na minha cabeça que eu estava engordando com os remédios. Como comecei a desfilar, sempre parava com os remédios. Não queria engordar e naquela época os remédios eram mais fortes do que agora. Acabei parando na Clínica SI. O hospital era bom. Lembro apenas do Dr. R. Eu ficava no andar de cima, onde ficavam as pacientes melhores. Aquelas que estavam conscientes, não mexiam nas coisas. Só que os períodos de internação eram muito longos, eram dois, três meses. Mesmo que você estivesse melhor, eles não davam alta. Eu tinha que permanecer meses ali por causa de uma crise que já tinha passado. Era muito terrível. Como já me falaram, os hospitais ganharam dinheiro em cima da minha doença. Seguravam muito, era ruim. Fiquei umas três vezes no SI. Depois disso, me encaminharam para o I.

Não tenho o que reclamar do I. Lá, o modo de tratamento depende de como o paciente é. Ele tem que colaborar, respeitar certas regras. Como eu sempre respeitei, ficava no quarto um, que era o melhor da ala feminina. Eu ajudava a dar banho nos pacientes, trabalhava na T.O. Os funcionários eram muito bons. Havia a tia C¹⁰⁹, a tia V, o Dr. P. Eram muito bons para mim. Não me senti, em nenhum momento, pressionada por nada. Tratavam-me com muito amor, muito carinho. Não tenho do que reclamar, pelo contrário, eu gostava da clínica.

Nessa época eu estava com uns vinte e quatro anos. Foi quando conheci meu noivo, meu marido. Namoramos um ano, depois ficamos noivos. Com vinte e sete anos, fui morar com ele. Ele era muito danado, não tinha juízo, me chifrava. Arrumou filho com uma outra, quando eu estava grávida. Foi muito difícil para mim. Tinha vinte e sete anos quando fiquei grávida. B., minha filha, nasceu com defeito físico. Ela teve cardiopatia congênita e hepatite neonatal. No dia em que ela morreu, colocaram a médica que eu mais gostava para me pedir para fazer uma autópsia. Eu não deixei. Fizeram uma biópsia. Eu e meu marido assinamos a biópsia, mas autópsia não deixei. A médica até ficou brava comigo. Foi muito duro para mim quando a B. morreu. Fazia dez anos que me irmão havia morrido. E

¹⁰⁹ Ela se refere às profissionais do hospital como *tias* e ao médico como *Dr.*

enfrentei a morte da B. com muita depressão, tristeza. O médico me falou que eu não engravidaria mais. Fiquei muito triste. Tive crise e então me internaram no C F.¹¹⁰.

Minha mãe chegou comigo lá às onze da noite, com a ambulância. Ela foi uma heroína. Não tenho do que reclamar. Assim que cheguei lá, o enfermeiro me arrumou um quarto bom e uma boa alimentação. Naquela época, não fiquei presa, como ficava no hospital fechado, no I. Fiquei solta e achei isso muito interessante. Os pacientes ficavam soltos e não fugiam. Só iam embora quando tinham alta. Achei diferente. Fiquei internada dezessete dias. Quando saí, a tia N. e a S¹¹¹. me convenceram de que eu tinha que tomar o remédio. Eu parava de tomar remédio porque engordava muito. Hoje eu não paro. Estou até fazendo regime. Mas a tia N., a S., a psicóloga, terapeuta ocupacional, funcionários do hospital, todos me convenceram de que eu tinha que tomar remédio. Foi difícil me convencer, mas comecei a tomar direitinho e houve melhora.

Fiquei tão mal, tão doente, que me aposentaram por invalidez. E, me deram um emprego no N.¹¹², na culinária. Trabalhei lá de 1991 a 1996. Cinco anos que mudaram muito a minha vida. Mudou muito, não sei explicar. Pegava ônibus todo dia sozinha, comecei a ter um dinheiro a mais, coloquei minha vida em ordem. Nisso, o C¹¹³. foi muito bom para mim. Saí do N. e consegui um emprego. Nessa época, já havia melhorado bem daqueles problemas, porque o pessoal do C. havia me convencido a tomar o remédio. Foi uma melhora muito grande. Minha mãe e os amigos perceberam. Estava levando uma vida normal, tomando remédio. Vendia salgado no centro de Souza¹¹⁴. As pessoas ficavam me esperando na hora do lanche. Vendia bem. Colocava os salgados numa caixa de isopor e os entregava quentinho na igreja, nos motoristas de táxi, nas lojas, nos banco, no supermercado... Em Souza todo mundo me conhece. Quando eu passava, diziam: olhem lá, a moça do lanche chegou. Isso me incentivava muito a viver, a ter um outro tipo de vida. Eu tomava o remédio direitinho.

Saí do N. para trabalhar na casa de um médico, Dr. R. Fiquei tão bem, que ele não notou que eu tinha problema. Minha responsabilidade era deixar tudo apagado, desligado,

¹¹⁰ Serviço de Saúde Mental que possui uma unidade de internação.

¹¹¹ profissionais do Serviço onde ela ficara internada.

¹¹² Núcleo de Oficinas de Trabalho. Trata-se de uma Cooperativa que possui várias oficinas de geração de renda, voltadas para os usuários de saúde mental da cidade.

¹¹³ Mesmo serviço de saúde. Às vezes Laura se refere a ele como C.F. e às vezes como C.

¹¹⁴ Distrito da cidade de Campinas, onde se localiza algumas das oficinas de trabalho do Not.

trancadinho. Ele saía para trabalhar e eu ficava sozinha com a casa. Minha mãe deixou porque sabia que eu estava bem. Trabalhei lá uma porção de anos. Estou contando resumidamente.

Quando conheci o H., o pai da minha filha V., fui morar com ele. Nos conhecemos no C. F. Eu não era separada no papel do meu marido. Ele não queria o divórcio. Eu chamei várias vezes para fazer o divórcio, mas ele não queria. Tanto que ele morreu casado comigo. Mas não tenho o nome dele. O H. melhorou depois que foi morar comigo. Ele também tem problemas mentais. Eu o fazia vestir roupas bonitas e cuidava bem dele. Cuidava da casa. Várias vezes o socorri, quando ele estava com crise convulsiva. Mas, aí o H. me traiu. Ele tinha uma amante e foi com ela para os Estados Unidos.

É uma história muito cumprida. Os amantes da amante dele queriam seqüestrá-lo. Eu é que o livre de ser seqüestrado. Pressenti o seqüestro. Deus me mostrou o cativo do H. Então, liguei para a G., que era vizinha dele e pedi que ela o avisasse. Ela acreditou em mim, porque sabia que eu pressinto as coisas. Ela falou com ele. Mas o H., depois disso, matou todos os bandidos que eram amantes da amante dele e o queriam seqüestrar, porque ele é soldado. Matou todos, não sobrou nenhum. Esses amantes ligavam em casa à noite, queriam me seqüestrar.

Eu estava grávida quando o H. e eu nos separamos. Mas, o médico já havia falado que eu não engravidaria mais. Fiz o exame e teimei que não era gravidez. O médico achava que eu dizia que não era gravidez porque eu não queria engravidar. Mas, não era isso. Eu tinha certeza de que não poderia ficar grávida porque depois que a B. morreu, eu e meu marido tentamos ter um filho, mas não conseguimos. No dia em que peguei o resultado do exame, o médico me disse que era um bebê. Fiquei feliz. Um bebê nunca é demais. A V. nasceu com três quilos e seiscentos, media mais que três metros, era uma bebezona. Mas, o H. foi muito ingrato. Ele me sedou, me colocou na UTI, me encheu de gases. Foi muito mal. Não tenho mágoa dele, mas ele foi muito ruim. Queria me matar. Não sei porque ele queria isso. Talvez tenha sido porque eu não queria mais voltar com ele e porque ele tomou ódio de mim, por saber que eu sabia que os amantes queriam seqüestrá-lo. Ele matou todos os amantes e queria me matar também. Acabar com tudo.

Eu não morri, mas estou cheia de gases, daqueles paninhos que se põe nos curativos. Tenho gases do canal do ânus até o pulmão. Ele fez um atentado terrorista e achou que se

eu não morresse... Ele não poderia me matar no dia porque eu espalhei pelo hospital que ele queria me executar. Acho que ele ficou com medo e me encheu de gases. Deve ter pensado que eu não morreria naquele momento, mas morreria mais tarde.

Depois de seis meses, quando comecei a ter infecção, eu procurei o médico e ele viu os gases no raio x. Minha filha ficou com a minha mãe e tentaram me operar, eu estava sozinha na U¹¹⁵. Quando eram onze horas da noite, aplicaram um soro em mim que começou a doer. Nesse momento, Deus me falou: foge porque vão te matar. Então eu levantei, tirei todas as agulhas e fugi do hospital. Estava com uma infecção muito grande. Fiquei escondida no jardim em frente ao hospital, mas quando vi os guardas me procurando, corri para a guarita. Lá vi um carro e pedi uma carona para o motorista. Acho que Deus o criou, pois ele deu a carona. Não sabia se era pior ficar lá ou arriscar a carona, mas resolvi arriscar. No caminho inteiro ele não me falou nada. Quando pedi para descer, deixou. Tinha jeito de ser uma pessoa de bem. Foi a minha luta, porque ninguém queria medicar ou socorrer.

Eu era crente da Assembléia de Deus e, quando contei para o pastor o que havia acontecido, ele colocou um advogado. Quer dizer, eu acho que ele colocou. Na verdade, eu menti para o pessoal da U. que o pastor havia colocado o advogado e, de lá da U. me levaram para a Clínica de Repouso I. Mas, me torturaram na U. Sofri tortura, fui medicada e contida sem precisão. Judiaram muito de mim. Sofri muita tortura no CAPS, na U. Eram torturas com injeção. Aplicavam com a intenção de me engordar. Durante cinco anos fui torturada com injeção no CAPS. Médicos corruptos deram um diagnóstico falso sobre mim. Mas, não fiquei com ele, porque consegui provar que era mentira. Era verdade que eu tinha insônia, falta de apetite e de coragem de me arrumar, de tomar banho, de dormir, de comer, tinha crise de choro, ficava atrapalhava às vezes. Mas não tenho crises convulsivas, não ouço vozes. Falaram que tenho um monte de coisas que não são verdades. O que eu tenho, eu não nego. Eu não tenho nem mesmo complexo de ser uma pessoa com problemas mentais, não tenho vergonha. Assumo, não escondo de ninguém, mas não aceito o que é mentira.

O CAPS para mim tem duas fases boas. Uma ruim e uma má. Não tenho o que reclamar dos funcionários, nem da enfermagem. Mas dos médicos eu tenho. Quando fui

¹¹⁵ Hospital Geral.

para o CAPS, minha filha era bebê. Hoje ela tem seis anos e mora com a minha prima. Eu moro com a minha irmã. Minha mãe faleceu há oito meses. O CAPS possui gente que é boa, mas não sei quem me envenenou lá. Passei mal e falei que, se morresse, eu levaria o H. comigo. E iria levar mesmo, porque ele também ficou ruim. Enquanto eu passava mal com o veneno, no CAPS, ele passava mal no hospital. Ele não é paciente do CAPS. O pessoal do CAPS é legal. Eu estava tendo problema com médico. O H. comprava os médicos, que faziam o que ele queria. Aplicavam injeção, davam diagnóstico falso, falavam mentiras, calúnias. Apenas os médicos faziam isso, os funcionários não. Estar no CAPS é uma alegria muito grande para mim, converso com uma pessoa, com outra, até com o pessoal da limpeza, me dou bem. A F., a A., o F., a A., a Q., o I., o D., todos são bons para mim. Minha referência é a P. Ela é boa para mim também, é boazinha.

A enfermagem não acreditava em mim quando eu dizia que estavam me torturando com injeção. Acreditava apenas no médico. Foi preciso eu amaldiçoar o médico, para que as pessoas acreditassem em mim. Mas, a alegria do CAPS é contagiante. Os pacientes, até o guarda, formam uma grande família para mim. Eu sei que o médico me envenenou porque eu vomitei o veneno. Quem fez isso foi o Dr. R. Ele saiu de lá. Hoje quem me atende é a Dra. C. Ultimamente ela é a melhor médica que eu já tive. Ultimamente, porque antes de conhecer o H. eu tive vários médicos bons, como o Dr. P. e o Dr. O., que me livrou de muitos perigos. Antes de conhecer o H. eu não tinha problema nenhum com médico. Mas o H. solta algum dinheiro e a pessoa faz o que ele pedir.

Entre os dezessete e os quarenta e quatro anos eu sempre trabalhei. Mesmo aposentada, eu trabalhava. Fazia bicos, faxina, passava roupa. Eu passo muito bem. Sou passadeira profissional. Trabalhei no shopping muito tempo e passava roupa de vitrine, linho, seda. Aprendi a mexer com a temperatura do ferro e passo roupa muito bem. Dos dezessete até os trinta sempre trabalhei. Trabalhei de babá, em shopping, na Ibras, na casa do governo federal, de babá. Meio em crise e meio não, eu trabalhava. Ninguém desconfiava que eu tinha problema, mas me mandavam embora quando eu tinha crise.

Nas crises, como eu disse, não como, não durmo, fico magrinha, não sinto vontade de pentear o cabelo, nem de usar roupa bonita. Tive uma crise faz dez meses, porque uma pessoa falou alguma coisa de mim na rádio. Fui parar lá no CAPS. O CAPS só precisa de uma coisa: tirar os fumantes do quarto. Conviver com cigarro é terrível para quem não

fuma. Os funcionários não conseguem conter os fumantes. E, eu tenho rinite. À noite, as portas ficam todas fechadas e me sinto sufocada, não consigo nem respirar, o nariz fica ruim, preciso pingar soro fisiológico. É muito terrível fumar no ambiente que cuida da saúde. Poderiam pôr uma placa dizendo que é proibido fumar. Já colocaram, mas não funcionou. Nisso, o CAPS é muito terrível para mim.

Minha vida tem voltado ao normal. Acho que os problemas que aconteceram no meu relacionamento com o H. não têm nada a ver com doença e sim com caráter. Quando eu estava grávida, fiquei no T.¹¹⁶. Fui muito bem tratada. A N., as pessoas de lá foram muito boas para mim. O Dr. L. foi muito bom.

Hoje em dia eu vou no CAPS uma vez por semana. Fico um período, ou só pego a medicação, converso e venho embora. Converso com a P., que é minha referência. Ela conversa, procura ajudar. Acho que é bom ter uma referência, porque ela já sabe o seu problema, sabe como você fica, conhece a sua história. Depois que eu estou com a P., ainda não necessitei conversar com outros funcionários. Mas, quando estava com a A., foi um período em que meus problemas eram mais terríveis, eu conversava com qualquer um do CAPS, com a A., com a F., com a D. Então, tenho experiência com outras pessoas. Faz diferença conversar com a referência porque ela já sabe do seu problema, da sua história. Quando eu ia conversar com alguém que não era minha referência, ficava complicado, porque eu precisava explicar tudo de novo. A referência já sabe o que você pensa, o que você acha, qual a sua história, o que ela vai fazer para melhorar.

A referência sabe de tudo isso porque faz reuniões. Quando uma referência vai sair do CAPS ela conta a história dos pacientes para quem vai entrar. Minha primeira referência foi a N., depois A. Eu contei da minha história, mas elas também ficaram sabendo através dos meios de comunicação, das pessoas. Viram pessoas me amaldiçoando. Foram convivendo comigo. Num dia eu contava uma coisa, no outro contava outra. No dia em que o pastor tentou me atropelar (tem um pastor doido querendo me matar), eu cheguei no CAPS e contei para minha referência N. Ela disse que eu precisaria registrar queixa. Eu fui numa casa que existe para as senhoras católicas, contra violência. Então, as referências ficam sabendo do dia a dia, conforme eu vou contando o que vai se passando.

¹¹⁶ Antigo Hospital Psiquiátrico, que fora instinto.

Se eu chego no médico e conto que estou cheia de gases e sofri um atentado terrorista, ele não acredita. Mas, a minha referência sabe que eu estou falando a verdade. Então fica mais fácil, porque ela sabe que não é coisa da minha cabeça, que não é mentira minha. Ela me conhece e acredita em mim. Uma vez eu estava sentindo dores na barriga e fui na U. O médico achou que era coisa da minha cabeça e quis me aplicar uma injeção. Eu me recusei e, então, chamaram o CAPS. Minha referência chegou e me levou embora, porque ela sabe que é verdade o que estou falando. Conteí que eu não estava lá por causa de doença de CAPS e sim por causa de problema de saúde. O médico acha que eu sou louca, mas a referência sabe que eu sinto dores provocadas pelo atentado terrorista.

Acho que o CAPS se comunica sobre mim até mesmo com o presidente. Os meios políticos se comunicam com o CAPS e sabem que eu amaldiçoei, que eu matei. Eu matei não, Deus matou. Então, eu não preciso falar muita coisa para minha referência porque ela já sabe. Todo mundo sabe. Minha família sabe. Minha referência não entrou em contato com a minha família, nem com o H. Mas o CAPS tem contato com a igreja e minha família é de lá. Não freqüentam o CAPS, só vão lá quando há alguma coisa importante para resolver.

O H. é doente, tem problema mental. Os médicos não deveriam obedecê-lo quando ele pede que me apliquem uma injeção. Ele é louco e quem o obedece é mais louco que ele. Já o vi quebrando tudo dentro de casa, não sobrou nada. Já o vi sendo agressivo. Ele é realmente louco. Já o vi muito ruim mesmo, muito doente.

Outro trabalho importante do referência é dizer para a família que é necessário levar roupas, sapatos, frutas, quando estamos internados¹¹⁷. Ela informa o jeito como estamos para a família. É um trabalho importante. Acho que quando um paciente fala uma coisa absurda para a referência, ela deve investigar se é verdade ou mentira. Não pode ir dando a sentença, dizendo que tem problema, que não é verdade. Eu estou contente com a minha referência. Quando a Dr. G. e a Dr. R. foram me aplicar aquela injeção eu falei para a minha referência que era tortura, mas ela não acreditou não. Eu fiquei muito chateada. Por isso, gostaria que ela investigasse. Nós voltamos a nos entender porque ela ficou sabendo que eu estava falando a verdade. Eu perdô as pessoas, não sou ruim.

¹¹⁷ Está se referindo ao uso do leito-noite no próprio CAPS.

É importante que outras pessoas da mini-equipe saibam do meu problema, porque precisarão me atender num momento em que a referência não esteja. No CAPS tem uma pessoa que é a minha referência e tem uma mini-equipe, que sabe mais ou menos do meu problema. Sinto-me bem com as pessoas dessa mini-equipe. Não sei como me sentiria num CAPS em que não há referência. Graças a Deus que aqui tem, porque CAPS sem referência não é CAPS. O médico conversa uma vez por mês ou de quinze em quinze dias, se for preciso. Mas, o referência sabe tudo, sabe o que você está passando no momento.

Para finalizar, preciso completar que atualmente eu trabalho no N., em outra oficina. Ganho meu dinheiro, sou produtiva e independente. Poder trabalhar aqui é muito bom para mim.

Observações sobre a entrevista com Laura

Laura pareceu incomodada com a leitura da carta de informação aos sujeitos e do termo de consentimento livre-esclarecido. Perguntou sobre o motivo de tantos papéis e reclamou por ter que assiná-los. Acabou por assinar, sem apresentar nenhuma recusa, apenas a irritação. Durante sua fala, mostrou-se emocionada em alguns momentos, chegando a lacrimejar. Parecia muito envolvida com os relatos, intensamente imersa na retrospectiva que fazia da sua vida. Em vários momentos, preocupou-se com o barulho de pessoas conversando ao nosso lado. Na oficina de trabalho não existia nenhuma sala fechada, que pudéssemos utilizar. Por isso, ficamos numa mesa, num canto de um salão, onde havia outras pessoas conversando. Laura perguntou se essas conversas não atrapalhariam a gravação, mas não pareceu se constranger com as pessoas. Contou sobre momentos íntimos da sua vida em tom de voz alta.

Quando terminamos, ela quis ouvir toda a gravação. Em alguns momentos ria da própria fala (como quando escutou-se dizendo que chegou ao NAC à meia noite, na primeira internação que teve lá). Em outros, se emocionava novamente. Mas pareceu gostar muito da possibilidade de ouvir seu discurso. Ao perceber que não havia contado sobre seu novo trabalho no N., quis gravar isso. Disse que eu não precisaria voltar lá para mostrar o que escrevi porque ela já havia ouvido tudo.

Embora eu tenha me preocupado com certo *ar paranóico* de L, no início da entrevista, e com alguns relatos de profundo sofrimento ocasionado por sensações de perseguição, acabei por ter a impressão de que L. manteve-se tranqüila nas suas falas. Não me pareceu perseguida com a situação de entrevista, nem com os destinos que eu darei à fala. Pareceu confiar que eu não identificarei os nomes. Mas, perguntou se iria aparecer na televisão, deixando claro que não gostaria que isso acontecesse.

8.2. Narrativa da entrevista feita com Karina

Eu¹¹⁸ morei um certo tempo com a minha mãe¹¹⁹, sou de Campinas. Não me lembro quando comecei a fazer tratamento. Não sei ler, nem escrever. Quando era criança, eu ia na creche. Era bom. Hoje tenho 24 anos. Quando era nenenzinha, falei, andei e engatinhei ao mesmo tempo, tudo ao mesmo tempo. Nasci em 1980. Era recém-nascida, pequenininha. Tenho uma mãe adotiva, que morreu. Fui adotada porque minha mãe não tinha condições de cuidar de mim. Eu a conheci, mas nunca morei com ela. Quem me pegou foi uma tia do meu pai. Eu gostava dela.

Atualmente eu moro nessa casa, uma moradia¹²⁰ do CAPS. Tem mais três homens que moram aqui, somos em quatro. Aqui perto tem o lugar do mosaico¹²¹. Eu vou trabalhar lá. Uma vez eu fiz um vestido de noiva para uma noiva, quando estava no outro CAPS. Eu desenho vestido de noiva. Coloro, pinto. É difícil de fazer, aprendi sozinha. Tem com manga, sem manga, tomara que caia, faço qualquer um. Aprendi sozinha. Faço tudo na mão, com lápis.

Faz um ano que meus pais adotivos morreram. Eles foram enterrados na terra. Não sei se é preciso tirar os ossos. Não vou tirar, acho que são eles¹²² que têm que fazer isso. Também morei um tempo com a minha mãe verdadeira. Foi bem. Eles¹²³ são bons comigo.

¹¹⁸ A entrevista foi feita na casa de Karina. O CAPS onde ela se trata organiza seu trabalho de referência através de trios de referência, compostos por um profissional de nível universitário e dois de nível médio. Cada trio é acompanhado por um médico.

¹¹⁹ Não fica claro se ela está se referindo à mãe adotiva ou à biológica. Optei por não questioná-la nesse momento, pois ela não parecia à vontade com a situação de entrevista. Mais adiante, no curso da fala, pude entender que ela estava falando da mãe biológica, que chama de “mãe verdadeira”.

¹²⁰ Serviço Residencial Terapêutico.

¹²¹ Um Centro de Convivência, onde existem oficinas de trabalho.

¹²² Não fica claro a quem está se referindo. Ao perguntar, ela apenas repetia “eles”. Suponho tratar-se dos profissionais do cemitério, mas não tenho confirmação disso.

Faço tratamento no CAPS para transtorno na mente. Às vezes eu fico nervosa. Meu tratamento é com o Dr. A. Quando agacho no chão, me dói a barriga; sinto como agulhadinhas por dentro. Meu médico não vai me dar alta. Ele só dá quando vê que a paciente está boazinha. Eu não vou ter alta, vou continuar morando aqui para sempre. Sinto dor nas costas, nos pés, nas pernas. Dói tudo. De vez em quando sai água no meu olho, à toa...

Gosto de brincos. Os de argola combinam com tudo. Vou ganhar um. Não desenho brinco, só vestido de noiva. Fico curiosa, pensando se as pessoas são, ou não, casadas. Nunca fui casada. No momento ainda não quero casar, mas quando arrumar alguém; vou querer. Vou desenhar meu vestido. Fiz um colar outro dia, mas a linha era muito grossa e arreventou.

Tenho duas irmãs e um irmão. Sou a caçula. Encontro com eles de vez em quando. Não tenho ido mais na casa deles.

No CAPS eu tenho três referências, o G., a M. e o O. Quando eu faço alguma coisa errada, eles são rígidos. Dizem que não vou passear. Eu não fui. Fiquei sozinha aqui, com o V. Ele no quarto e eu na sala, dormindo. Tem grupo verbal de referência. Mas, não guardo na minha cabeça. Os referências me ajudam. Quando a gente tem que se preocupar com outras coisas, pedem para que a gente fale o que está sentindo, se está bem, se está doente, está precisando de algum remédio, ou alguma conversa. Conversam por telefone, ou pedem para a gente ir lá. Quem mais faz isso é o médico. No outro CAPS também tinha referências. Atendiam-me sozinha, numa sala.

Acho que seria melhor que os referências atendessem as pessoas individualmente. O O. faz atendimento individual comigo também; ele é meu psicólogo. Minha referência mesmo é o Dr. A. Quando estou triste, a gente passeia.

Quebrei o tornozelo quando fui pular o muro. Está inchado.

Seria bom que a turma lá do CAPS lavasse o banheiro e colocassem trinca. Mas, no jeito de tratar não precisa melhorar nada. Todos tratam a gente muito bem. Não tem nada que eu esteja precisando para viver melhor.

Foi minha prima que fez esse penteado em mim. Chama calen-calón. Não tenho filhos, mas gostaria de ter, mais para frente. Tenho uma dúvida: a mulher passa corrimento

¹²³ Novamente ela não esclarece a quem está se referindo a partir no pronome “eles”.

para o homem? Meu corrimento é muito grande. Já fiz tratamento quatro vezes, mas não resolveu. Tomei remédio e também não resolveu. Perdi a pomada. Preciso passar no médico novamente. Meu amigo falou que corrimento é vírus. Mas acho que não é, não. Não sei...

Gostaria de ter companhia para passear um pouco. Ir no Mac Donald's, no shopping... Soube que lá tem pista de patinação, mas não sei se é verdade. É perigoso cair. Eu tinha patins e andava no meio da rua. Era um perigo, mas levei só um tombo. De bicicleta, eu andava sem marcha. Agora que quebrei o tornozelo, não posso mais andar. Bicicleta é bom para emagrecer. Não tenho ninguém para passear comigo, sou uma moça sozinha. Lá no CAPS, os profissionais vão comigo. Já fomos no Habbibs. Lá eu vi o cabelo de uma mulher na comida. Nem comi mais, fiquei com nojo. No Mac Donald's eu nunca vi acontecer isso.

Gostaria de saber como as pessoas fazem para trocar o carro. Não sei se elas trocam, se devolvem, se pagam... Gosto de andar de carro. Às vezes a S., que trabalha no CAPS, me traz aqui de carro. Mas, é só até aqui. Estou com muita vontade de andar de carro.

Meu cérebro está doendo. Dói do lado direito. Não costumo ter sempre essa dor.

Outro dia a calha daqui de casa entupiu e molhou toda a casa. Molhou o sofá, sujou a parede. Tenho medo que essa parede caia.

O B¹²⁴. corre de mim. Estou dando uma força para minha amiga ficar com ele. Falo para ela ficar com o cara, mas ela diz que não pode, porque ele é profissional. Acho que não tem nada a ver uma coisa com a outra. Ele falou isso para mim também. Evito de conversar muito com ele, para não ter problema. Será que ele tem namorada? Ninguém sabe disso. Sei que ele mora com uns amigos. Acho isso esquisito. Morar com mulher, também não dá. Vamos ver o que acontece...

Tenho dúvidas sobre o que a psicóloga é da pessoa.

Aqui eu tenho marcado o número de telefone do CAPS. Ligo para lá, quando preciso de alguma coisa.

Minhas unhas estão com cobreira. Preciso cuidar. Dizem que é bom passar esmalte.

Observações sobre a entrevista de Karina

¹²⁴ Psicólogo do CAPS onde ela se trata.

No início da entrevista, Karina pareceu estar insegura com a situação. Falava pouco, e muito baixo. Utilizou, o tempo todo, um tom de voz mais baixo do que o seu habitual. Mostrou-se incomodada quando pedi que assinasse o termo de consentimento livre esclarecido. Contou, com voz trêmula, que não sabe escrever e que não poderia assinar nada. Embora eu tenha dito que não havia problema algum nisso, ela pareceu irritada com a declaração de que não sabia escrever.

Com o passar do tempo, pareceu se sentir mais à vontade com relação à convivência comigo. Perguntou-me bastante sobre questões femininas (a maior parte dessas perguntas, eu escrevi no corpo da narrativa, também em forma de questões). Além disso, comentou sobre meu brinco e meu colar e sugeriu que eu a levasse para passear. Pareceu encontrar em mim, uma pessoa de idade próxima à dela, uma possibilidade de companhia para “passeios de moças”. No entanto, não se mostrou disposta a conversar sobre sua história de vida ou seu tratamento. Dava-me respostas curtas e recusava-se a estender os assuntos que versassem sobre seus sentimentos, seu percurso de vida, sua família, seus laços afetivos e seu tratamento de forma geral. A entrevista foi marcada por numerosos momentos de silêncio. Nesses, eu estava preocupada com o modo de fazer perguntas mais acessíveis à Karina e ela, por sua vez, parecia atenta ao meu modo de me vestir e às coisas que carregava comigo (bolsa, brinco, gravador). Essa atenção me pareceu uma curiosidade com relação ao universo feminino e não algum tipo de sensação persecutória.

Em alguns momentos, eu tinha a impressão de que ela não conseguia falar sobre aspectos mais abstratos. Quando perguntei acerca dos seus sentimentos ou do que a fazia sofrer, comentou apenas de um nervoso e de “água que saía de seus olhos”. Falou um pouco mais de problemas no corpo. No entanto, na maior parte do tempo, minha impressão era de que não se fazia possível para ela, naquele momento, fazer um movimento de introspecção, necessário para as questões que eu estava colocando. Ou seja, ela não se mostrou reativa à minha presença, mas tinha objetivos de conversa diferentes do meu. Ao encerrarmos, convidou-me para voltar em sua casa para passearmos pela cidade.

8.3. Alguns questionamentos éticos indicados pelos sujeitos da pesquisa

Os usuários fazem algumas caracterizações do trabalho de referência que levantam questões acerca da qualidade do cuidado que dizem valorizar. Conforme consta acima, Karina afirma: *quando eu faço alguma coisa errada, eles são rígidos. Dizem que não vou passear*. Com sentido próximo, Silvia conta: *tenho a minha referência aqui no CAPS. Referência é uma pessoa que toma conta da gente. Ela toma conta de mim, ela é minha responsável, é ela que comanda tudo direitinho o que eu tenho que fazer (...)*. Numa outra passagem, quando diferencia os papéis da psicóloga e da técnica de referência, Silvia aponta que cabe à primeira contar tudo para a segunda, esclarecendo o que percebe na psicoterapia. Além disso, acrescenta: *A referência ajuda a ficar sempre de olho para ver se o paciente não erra, não faz nenhuma besteira, não rouba (...)*.

Karina e Silvia atribuem uma conotação positiva às posturas adotadas pelas profissionais, entendendo-as como uma forma de cuidado. Karina chega a afirmar que, além de passar a garantir limpeza e a privacidade do banheiro, não é necessário que os profissionais do CAPS mudem em nada, pois *todos tratam a gente muito bem*. Já Silvia, embora afirme que sua técnica de referência, a D., *controla tudo direitinho*, ao compará-la com outras profissionais que já a acompanharam, diz preferi-la, pois ela é *carinhosa* e menos *fechada* ou *brava* que as anteriores.

A despeito da avaliação positiva que Karina e Silvia fazem desses modos de relação próprios do referenciar, parece-nos necessário voltarmos atenção sobre eles, já que é possível considerar que denotam certa aproximação com práticas tutelares ou controladoras, por parte dos técnicos de referência. Tais práticas podem estar associadas à preocupação dos trabalhadores com o que chamam de *linha tênue que separa o excesso de liberdade do controle*, ou com o que designam como ocupar o *lugar de mãe* dos pacientes, com todos os excessos que lhe são peculiares.

Clara indica valorizar uma postura dos profissionais de referência diferente. Comenta:

O que me ajuda no CAPS são as conversas e a compreensão. Lá fora me dizem: você tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, e eu fico mais nervosa. Aqui não. Minha psicóloga e minha psiquiatra me entendem, me escutam, não ficam falando para eu fazer nada e consigo me acalmar.

Embora Karina aponte a *rigidez* como uma das características do referenciar, também relata que os técnicos de referência a ajudam através de conversas, nas quais ela pode dizer o que está sentindo e necessitando. Na mesma direção, Helena critica sua primeira técnica de referência porque esta lhe obrigou a ficar em leito-noite sem uma negociação prévia. Nas suas palavras: *Não gostava dela, porque ela não se apresentou, não me perguntou nada. Simplesmente chegou e disse que eu ficaria aqui de leito. Repetiu o que a minha mãe havia falado.* Helena valoriza as técnicas de referência que sucederam o trabalho dessa primeira, enfatizando que elas se apresentaram, conversaram com ela e a acompanharam em situações diversas, inclusive numa internação para onde não gostaria de ir.

Helena insiste na importância de os profissionais terem uma percepção acerca dos sentimentos e intenções dos pacientes, antes que eles cometam atos prejudiciais a si ou a outro. Essa expectativa nos parece quase mágica e poderia se associar a práticas controladoras, provindas de trabalhadores que *tudo sabem*. Entretanto, é interessante notar que, concomitantemente à expressão dessa expectativa, Helena é enfática em repetir a importância de os profissionais conversarem com ela, deixando claro, inclusive, que não aceita que as pessoas lhe desacreditem, ou ignorem a suas intenções e avaliações do que ocorre consigo mesma.

Conforme mostra a narrativa acima, Laura é muito clara ao indicar que um dos aspectos fundamentais da prática dos trabalhadores do CAPS é a disponibilidade destes para acreditar nas verdades do paciente. Ela apresenta várias circunstâncias em que suas possibilidades de se cuidar estavam diretamente condicionadas à capacidade dos profissionais reconhecerem a verdade de suas vivências e lhe escutarem sem interferências ou mediações de outros atores, como o médico ou o seu ex-marido. Nesse sentido, ela nos oferece um quadro extremamente rico acerca dos fundamentos éticos que devem balizar o trabalho de referência, dentre os quais destacamos a afirmação de que o técnico de referência *não pode ir dando sentença*¹²⁵. Ao nosso ver, trata-se de um indicativo claro acerca de uma prática que deve se basear na escuta e no acompanhamento, carecendo de constantes reflexões para não recair em atitudes policiais que sentenciam o destino do outro, tirando-lhe a oportunidade de desenvolver uma relação criativa e pessoal com o

¹²⁵ Grifo nosso

mundo que habita. A seguir, tentaremos contribuir com essas reflexões, apresentando algumas tradições teóricas acerca da ética no campo clínico.

8.4. A ética no campo da clínica: algumas contribuições da teoria psicanalítica

Sabemos que a literatura psicanalítica vem construindo uma grande gama de discussões acerca das questões éticas, seja no que diz respeito à crise ética, que vivemos na modernidade, seja naquilo que se refere a temas como neutralidade, diagnóstico, qualidade de atendimentos e método ou técnica psicanalítica (Junqueira e Coelho Jr., 2005). Nosso objetivo, porém, não é revisar toda essa discussão ou analisá-la, mas sim retomá-la em alguns dos aspectos que podem contribuir para a discussão acerca do referenciar.

Figueiredo (2004) aponta que, a despeito de todas as variações a que o termo *ética* remete, ele pode ser remontado a uma de suas raízes etimológicas, sendo associado não apenas a noções como *costumes e hábitos*, mas também à idéia de *morada*. Para trabalhar essa concepção, o autor argumenta que a nossa existência requer alguma espécie de habitat, que nos ofereça um espaço de proteção e recolhimento, além de estruturar um modo de relação com o mundo que não se configure como exposição absoluta, nem, tampouco, como clausura. A imagem associada a esse espaço é a de portas e janelas, que permitem saídas e entradas, através das quais é possível acontecer encontros com a alteridade e consigo mesmo. O autor propõe que consideramos o *ethos* como uma espécie de casa, uma “morada coletiva [o que nos leva a] ver nele – nos valores, nas posturas, nos costumes e hábitos – algo equivalente à morada de onde podemos contemplar a uma certa distância as coisas **lá fora**” (ibidem, p. 69-70, grifo do autor).

O autor defende que um “habitar sereno e confiado” é condição para a manutenção de alguma diferenciação entre eu e outro, bem como para o desenvolvimento da capacidade de pensar, representar, brincar e experimentar o próprio corpo. Ele se refere a estudiosos da *psicologia do self* para lembrar que nossas primeiras experiências de morada se realizam na relação de identificação com a mãe, quando ainda somos bebês. Essa relação nos permite o desenvolvimento de certa *morada interna* para onde podemos recorrer quando necessário e, a partir de onde, fazemos nosso trânsito com a realidade externa. A vivência social nos leva a construções (historicamente determinadas) de moradas simbólicas e coletivas, que Figueiredo (2004) remete à noção de ética. Nesse sentido, a função central de uma ética

seria instituir uma troca regulada de afetos e obrigações recíprocas (como as *portas e janelas* que atribuem algum contorno na nossa relação com o mundo). Tal reciprocidade capacita os envolvidos nessa troca a desenvolver certa confiança básica, o que lhes permite contar com a presença do outro e sentir-se razoavelmente seguro dentro dos limites dessa relação.

Trata-se, portanto, da idéia de ética enquanto um lugar a partir do qual se desenvolve a fala para outro e a escuta dele. Note-se que, com essa concepção, deixa-se de enfatizar um caráter normativo e punitivo, geralmente atribuído à ética, para se tratar de um espaço de regulação e consideração consigo e com o outro. Esse lugar delimita a possibilidade do convívio acolhedor (embora nem sempre tranqüilo) com a alteridade, com o inesperado e com tudo aquilo que não encontra lugar harmônico nos nossos códigos lógicos e morais. Nesse sentido, segundo Figueiredo (2004), a ética seria o grande sustentáculo da clínica psicológica, pois determina seu compromisso “[...] com a escuta do interdito e com a sustentação de tensões e conflitos [...]” (ibidem, 2004, p.63).

A possibilidade de um *habitar sereno e confiado* começa a se desenvolver nas relações indiferenciadas do bebê com a mãe e, quando tudo corre razoavelmente bem, deve resultar no que Winnicott (1983c) chama de “capacidade para preocupar-se” ou “concernimento”. O autor explica que tal capacidade é conquistada quando a criança já alcançou um grau suficiente de integração egóica, para perceber e conter seus impulsos amorosos e agressivos, bem como para se haver com o fato de que a mãe provedora é a mesma que frustra e decepciona. Nesse momento, o sujeito faz aproximações agressivas em direção à mãe, já percebida como um não-eu, mas também se sente impelido a construir reparações no objeto devorado. A sobrevivência da mãe aos ataques (que não significa submissão a eles) e sua aceitação dos movimentos reparadores, capacita a criança para suportar a ambivalência de seus sentimentos e a se sentir responsável por eles, tanto em seus aspectos amorosos como agressivos. Conseqüentemente, consegue desenvolver a capacidade para se preocupar com o objeto simultaneamente amado e odiado. Segundo o entendimento winnicottiano, essa capacidade é um dos elementos necessários para que a criança comece a vivenciar o Complexo de Édipo e a angústia de castração.

Embora concordemos que a capacidade para se preocupar com o outro inicie seu desenvolvimento ainda na relação dual mãe-bebê, sabemos que a conformação de um plano

ético comum, que media as interações sociais, vem sendo pensada como produto dessa vivência edípica, acompanhada da angústia de castração. Junqueira e Colho Jr. (2005) apontam que, para a teoria freudiana, a ética e a consciência moral têm sua origem relacionada à necessidade de domínio das forças da natureza e de controle da agressividade humana, bem como de regulação das relações entre homens, necessária para a sobrevivência da espécie. Assim, a civilização e a neurose têm um ponto de partida coincidente: a renúncia pulsional.

Fazendo uma releitura da obra freudiana, Vollmer Filho e Berlim (2005) lembram que a psicogênese do sentimento de ética está baseada na introjeção da figura paterna, via identificação, e no desenvolvimento da capacidade de consideração pelo outro. “[...] Trata-se da diminuição [progressiva] da onipotência e do narcisismo em favor da realidade e da presença do objeto [...]” (ibidem, p. 388). Ou seja, numa perspectiva resumida, poderíamos entender que os fundamentos da construção de *moradas compartilhadas* estão localizados na vivência do Complexo de Édipo e na sua dissolução, através da angústia de castração. Com a utilização de defesas como o recalque, a idealização, a identificação e a sublimação, esse processo culmina na constituição do superego, instância que corresponde à função social de interdição ou de exigência do cumprimento dos ideais culturais. Consequentemente, a lei do pai deixa de ser uma pressão exterior, para se tornar uma proibição interiorizada.

Note-se que o superego se constitui através da introjeção da autoridade paterna (que imprime a proibição da relação onipotente e indiferenciada com a mãe), do impulso libidinal proibido e, sobretudo, do conflito entre proibição e desejo, bem como da agressividade que emana de tal conflito (Junqueira e Coelho Jr., 2005). Sendo assim, a representação da moral individual se encontra intimamente relacionada com a vivência de um conflito que, inevitavelmente, coloca-se como um conflito ético, polarizado entre a onipotência pulsional e a consciência da castração, que conduz à consideração pelo outro e sua força.

Vollmer Filho e Berlim (2005) retomam as construções elaboradas por Freud (1913) no texto *Totem e Tabu* para compreender o desenvolvimento da consciência ética na espécie humana. Para os autores, a interpretação freudiana acerca do mito do assassinato do *pai primevo* deixa clara a ambivalência que envolvia a relação dos filhos com o pai e as

suas consequências. Se num primeiro momento o ódio prevaleceu, desencadeando o parricídio, logo em seguida ressurgiram os sentimentos amorosos. Estes foram intensificados pela frustração decorrente do fato de que nenhum dos irmãos pôde ocupar o lugar do pai (o que tornou o parricídio inútil) e pela culpa e o remorso, que acabaram por culminar em sentimentos de exaltação da figura paterna, conferindo-lhe maior valor do que tinha em vida. Nesse sentido, fica clara a dimensão do conflito entre amor e ódio que marcou o parricídio e acabou por configurar a união dos irmãos e seu acesso à vida em sociedade.

Para tal acesso, os irmãos tiveram que passar a proibir a si mesmos aquilo que antes era interdito pelo pai (em última instância, o incesto e a união sexual entre irmãos). “[...] Com a experiência vivenciada, renunciaram ao incesto e trataram-se entre si como haviam tratado o pai, do que se originou ou contrato social, que nada mais é do que o estabelecimento de normas éticas” (Vollmer Filho e Berlim, 2005, p. 387). Note-se, porém, que ao fazê-lo, os irmãos estavam envolvidos com vivências de pavor e medo, provindos da perseguição provocada pela culpa de ter matado o pai, mas também da experiência do cuidado recebido desse pai e da necessidade de cuidar da nova vida que estavam instaurando. Portanto, tratamos aqui de uma concepção de ética que diz respeito a regras a que nos submetemos (a partir de sua construção coletiva e de sua internalização histórica) e a um cuidado que pudemos vivenciar e queremos instaurar.

Ao tratar do tema do *Planejamento em saúde* e, de certa forma, propor alguns balizamentos éticos para a estruturação das instituições, Onocko Campos (2001b) se remete à leitura que Cornélio Castoriadis e René Kaës fazem do texto freudiano, acima citado. Através dessas tradições teóricas, a autora destaca um outro aspecto constitutivo da experiência do parricídio e da psicogênese do sentimento de ética: a fraternidade. Ela resgata uma passagem de Castoriadis (1986) que ressalta a escolha dos irmãos por compor um pacto fraterno. Este, uma vez coletivamente construído, mostrou-se comprometido com o impedimento da concentração, num só indivíduo, do exercício absoluto do poder, o que culmina no “[...] direito a ter desejos de uma vida institucional mais justa e fraterna, na procura de uma democracia e participação institucional [...]” (Onocko Campos, 2001b, p. 151).

Nesse sentido, poderíamos remontar a idéia de ética como *morada coletiva* e pensá-la enquanto uma escolha humana a favor de uma união entre vários, união esta que, sem perder seu caráter ambivalente e conflituoso, pode se mostrar forte para construir espaços acolhedores das diversificadas existências humanas. Retomando algumas discussões de Kaës (1991), Onocko Campos (2001b) lembra que o parricídio mítico, estudado por Freud, marca também uma passagem de um vínculo a-histórico com o pai totalitário, para uma rede de vínculos intersubjetivos entre os irmãos, o que constrói um padrão de convivência social e atribui caráter histórico e simbólico às relações.

Ao trazer a discussão acerca da conformação da ética para o campo da prática clínica, vários autores asseguram que, desde Freud, entende-se que a técnica, ou o método da psicanálise, e a ética compõem um campo de constituição mútua e contínua¹²⁶ (Junqueira e Coelho Jr. 2005; Castro e Oliveira, 2008), de tal modo que um terapeuta é considerado ético “quando preserva uma boa técnica” (Vollmer Filho e Berlim, 2005, p. 395).

Freud (1912) propõe que a ética do analista consiste no amor à verdade do paciente e na sua honestidade para com os próprios desejos e impulsos. Ou seja, o que importa ao terapeuta é aquilo que se coloca como verdadeiro para seu paciente, a partir das referências morais e intelectuais deste. Num trabalho anterior à elaboração das recomendações acerca da técnica psicanalítica, Freud (1907) já apontava para o posicionamento fundamental de *amor à verdade do paciente*, ainda que esta seja expressa sob a forma de sintomas, sonhos ou delírios. Ao tratar da etiologia dos delírios, ele afirma: “[...] acontece que existe uma parcela de verdade oculta em todo delírio, **um elemento digno de fé**, que é a origem da convicção do paciente, a qual, portanto, até certo ponto é justificada (Ibidem, p. 74, grifo do autor da tese).

Cabe ao terapeuta, através de sua submissão à psicanálise pessoal, conhecer suas próprias referências para saber colocá-las em suspenso quando no contato com o paciente. Para tanto, Freud (1912) sugere o uso da *atenção uniformemente flutuante*, um processo a partir do qual o analista não fixa sua atenção em nenhum ponto por ele identificável como

¹²⁶ Castro e Oliveira (2008) criticam o termo “técnica”, inicialmente adotado por Strachey na sua revisão da obra freudiana. Para os autores, a palavra técnica remete a um conjunto de procedimentos próprios de um ofício, o que simplifica o trabalho de Freud, obscurecendo certa “política da falta” proporcionada pela psicanálise. Além disso, o termo em questão não condiz com a idéia freudiana de apresentar um *caminho* (hodós) a ser trilhado de acordo com a singularidade da dupla analista e analisando, o que é diferente de uma organização de regras sob as quais é necessário se submeter. Nesse sentido, os autores propõem que os conhecidos “artigos sobre a técnica da psicanálise” sejam tratados como artigos sobre o *método* psicanalítico.

importante. Pelo contrário, ele deixa sua mente livre para seguir as associações do paciente, não devendo se preocupar com nenhuma lembrança em específico e, tampouco, com objetivos a serem atingidos através do relato do sujeito.

A esse respeito, Coelho Jr. (2008) comenta: “[...] igualmente flutuante, uma atenção que em nada se detém e que por isso pode se apresentar aberta a todas as diferenças, mas também a todas as semelhanças” (ibidem, p. 86). Esse caráter *igualmente flutuante* que Freud (1912) atribui à atenção tira do analista qualquer intenção onipotente de escutar tudo da situação vivida pelo paciente, evitando um tipo de escuta pretensamente totalitária que incorreria numa inevitável perda da multiplicidade de sentidos, inerentes à experiência.

Ao paciente cabe a regra fundamental, que se trata, justamente, de *associar livremente* (Freud, 1912), sem a auto imposição de qualquer tipo de censura, permitindo a exposição de todos os conteúdos que lhe venham à mente, sem a submissão a lógicas temporais e espaciais nem, tampouco, a regras de quaisquer tipo. Nesse contexto, o analista deve evitar os furores de interpretar, pesquisar e curar, deixando que o trabalho siga seu curso livremente, a partir das associações dos pacientes.

Freud (1913) orienta que o psicanalista se abstenha de juízos de valor ou julgamentos morais, assim como de revelações precipitadas acerca dos sintomas do paciente e das suas possíveis soluções. O autor lembra que cada processo analítico tem seu ritmo, não sendo possível determinar previamente o tempo de duração de um tratamento. Essa constatação deve conter a ansiedade de cura tanto do paciente, quanto do analista. Assim, cabe ao psicanalista manter apenas uma “simpatia compreensiva” (ibidem, p. 154) para com seu paciente, permitindo que, com o tempo, este desenvolva sua transferência, através da qual atualizará os conflitos e poderá elaborá-los. Segundo Castro e Oliveira (2008) essas regras impõem que o psicanalista consiga dirigir o tratamento, sem conduzir o sujeito, o que se configura como seu grande desafio ético.

Figueiredo (2008a) defende que a técnica da psicanálise exige que o analista sustente certa posição subjetiva que se constrói a partir de fundamentos éticos. O autor começa uma discussão acerca desses fundamentos comentando as recomendações freudianas, através das quais defende que a psicoterapia não “[...] é uma imposição ortopédica de novas formas para corrigir formas antigas e defeituosas [...]” (ibidem, p. 21).

Nesse sentido, fica interdito o uso abusivo da sugestão, calcado na idéia de que a teoria e a experiência podem capacitar o terapeuta a saber o que é bom para o outro.

Acerca do furor interpretativo, o autor lembra que a interpretação deve sempre ser pensada segundo seus objetivos no contexto analítico, não podendo servir como um fim em si mesmo, ou como uma prova da capacidade do analista. Conseqüentemente, Figueiredo (2008a) lembra que a teoria freudiana nos leva a concluir que é preciso que o processo analítico aconteça segundo o tempo necessário para cada paciente, o que deve impedir o terapeuta de se antecipar com interpretações imaturas, baseadas no seu desejo de cura e não no ritmo do analisando. Do mesmo modo, também é preciso que o psicanalista contenha sua impaciência e permita que o paciente apresente suas lembranças no tempo que lhe for possível e de um modo pessoal, sem que sinta que elas estão lhe sendo tiradas *a fórceps*.

Os artigos freudianos indicam ainda que o processo terapêutico requer que o analista mantenha um relacionamento “[...] vívido, afetivo e intelectual com o paciente, [sendo] indispensável estar em contato com a superfície psíquica, vale dizer com a dimensão fenomenológica da experiência [...]” (Figueiredo, 2008a, p. 21-22). Além disso, é preciso que o terapeuta tenha capacidade de suportar e sustentar o processo de tratamento ao longo de todo o seu percurso, com as inevitáveis turbulências que o compõe (ibidem). Note-se que todas essas recomendações incidem sobre a reflexão que acima fizemos acerca da psicogênese do sentimento de ética, pois, em última instância, o que elas pedem é que os profissionais desenvolvam um posicionamento tal que lhes seja possível abrir mão de seu narcisismo em favor do contato genuíno com a alteridade.

É certo que o trabalho de referência guarda diferenças estruturais com relação à sessão de psicanálise. No entanto, as regras freudianas, que sustentam a ética psicanalítica, nos parecem merecer a atenção daqueles que desempenham o papel de profissionais de referência. Laura, conforme vimos acima, parece conhecê-las quando pede que o profissional de referência respeite a verdade do paciente e, diante das afirmações deste, recorra a uma investigação, recusando-se a elaborar suas próprias *sentenças*. Ou seja, o discurso do paciente, ainda que delirante, deve sempre ser *digno de fé*. Desse modo, é possível respeitar as diretrizes propostas por Passos e Benevides (2005) que, conforme assinalamos nas sessões iniciais deste trabalho, afirmam que o tratamento deve ser construído “com” os pacientes e não “para” eles.

Ao valorizar o fato de suas técnicas de referência se restringirem a escutá-la, sem lhe dar ordens, tal como fazem as pessoas do seu entorno social, Clara também sinaliza a importância das recomendações freudianas para o referenciar. Já Ademir, exemplifica a importância do contato vivo entre terapeuta e paciente, bem como do respeito ao processo de tratamento em toda a sua amplitude, ao mostrar o valor que atribui ao fato de sentir que os técnicos de referência gostam dele e se colocam genuinamente preocupados quando ele vive momentos de crise, chegando a colocar-se em risco. Tal como discutimos nos primeiros capítulos desse texto, as avaliações de Ademir corroboraram a importância que Goldeberg (1996) atribui à possibilidade de o paciente perceber a “seriedade” com que seus gestos e falas são acolhidos no serviço.

Figueiredo (2008a) aponta que as recomendações freudianas acerca da técnica analítica interditam as pretensões onipotentes do analista em relação ao que ele sabe e ao que faz na sessão. Fazendo uma aproximação dessa reflexão com o trabalho de referência, propomos que o profissional de referência se coloque de forma a permitir que o paciente faça suas associações e circulações pela vida, a seu modo. Ou seja, que utilize as recomendações freudianas para pensar a sua prática e o seu posicionamento clínico. Supomos que essa reflexão poderá oferecer recursos para o enfrentamento de muitos dos problemas que os trabalhadores associam com atitudes onipotentes, controladoras e tutelares dos profissionais de referência.

O nosso material empírico, entretanto, coloca algumas questões para a manutenção dessas interdições, na medida em que alguns pacientes dizem que lhes é importante o fato de o profissional de referência dizer o que podem fazer, cuidar de seus benefícios, mostrar preocupação com suas vidas, dar conselhos, ou, nas palavras de Silvia, *ficar sempre de olho para ver se o paciente não erra*. Silva (2007) faz alguns apontamentos que podem guardar certa proximidade com esses aspectos tutelares que os usuários parecem indicar e valorizar. O autor descreve, por exemplo, que em sua pesquisa, realizada junto a um CAPS carioca, que trabalha com o modelo de técnico de referência, sem o suporte de uma equipe de referência, constatou-se que cabe ao profissional de referência garantir a adesão do usuário ao serviço ou aos grupos de que participa. Na sua avaliação, essa forma de responsabilização denota um tipo de prática disciplinar, própria daquele que supõe deter o conhecimento do que é melhor para o outro.

Novamente nos vemos diante de um conflito marcado pela delicada tensão entre cuidado e tutela; atenção constante e controle; proximidade afetiva e ocupação de um lugar de objeto do outro. Conforme sugerimos anteriormente, para lidar com essas questões, parecem-nos válidas algumas elaborações, feitas por Figueiredo (2008a; 2008b), que propõem um tipo de posicionamento que implica num certo paradoxo constituído pelo binômio *presença implicada - reserva* a ser sustentado pelo terapeuta. Este paradoxo permite que o paciente ocupe o centro da cena relacional, não sendo, assim, ofuscado pelas concepções de cura ou de valor do terapeuta. Supomos que esse lugar atribuído ao terapeuta lhe permite chegar a *saber como seu paciente se sente*, a acompanhá-lo e suportá-lo, sem que, ao mesmo tempo, carregue a importância de quem já sabe o que é bom para o outro e deve conduzi-lo.

Para explicar o binômio acima, o autor propõe que o analista sustente uma presença que comporta certa ausência, ou uma “presença côncava, em oco”¹²⁷. Trata-se de uma *reserva de si para o outro*, que permite que o paciente surpreenda ao analista com suas associações livres, recordações, repetições, respostas transferenciais e *acting out*, ou seja, uma disposição pessoal que realmente sustente a atenção uniformemente flutuante. Ao colocar-se em reserva, o analista fica confinado às *suas reservas anímicas e corporais* (Figueiredo, 2008a, p. 26), o que livra sua escuta das censuras e controles que a consciência impõe ao psiquismo.

A idéia de reserva também é utilizada por Figueiredo (2008a) como mecanismo possível para que o analista suporte e sobreviva às respostas transferenciais e às identificações projetivas do paciente. Segundo o autor, o analista que consegue manter sua “reserva” pode permitir que partes suas sejam capturadas e usadas pelos pacientes, porque sobrevive a esse uso e tem possibilidade de voltar a si (às suas reservas).

Note-se que o termo reserva está sendo tomado em duas de suas acepções: aquela que diz respeito à discricção, ou seja, àquilo que fica reservado (não exposto), e aquela que diz respeito a uma parte de material que fica guardada, reservada, para os momentos em que se faça necessário. Assim, ao colocar-se em reserva, o analista está, ao mesmo tempo, ocupando um lugar de discricção (ou não intrusão), e reservando capacidade psíquica para suportar as turbulências do processo, sobrevivendo a elas.

¹²⁷ Expressão que o autor diz parafrasear de Menezes (1995).

Baseando-se em autores da escola inglesa, Figueiredo (2008a) sugere que o analista possa estar presente no campo analítico para, progressivamente, poder ausentar-se. Ao fazê-lo, ele está possibilitando tanto a si, como ao paciente, o contato com aquela parte da experiência subjetiva que não é passível de compartilhamento e que serve como uma espécie de reserva do “si mesmo de cada um”. No entanto, a ausência progressiva depende da capacidade de estar presente e disponível para ser usado pelo paciente, tal como este precise. Essa capacidade consiste na dimensão de *implicação da presença*, essencial para que se conheça o outro e lhe permita a sensação de um acolhimento sereno. Trata-se portanto, de um posicionamento que guarda uma certa precariedade, ou um paradoxo, que não deve ser resolvido ou direcionado para um de seus pólos, pois o importante é a manutenção constante da dialética presença implicada - reserva.

Figueiredo (2008a) amplia essa discussão, apontando que uma das principais funções de uma teoria, para a clínica psicanalítica, é de

nutrir e proteger as reservas da mente, [de tal modo que] ela é em si mesma uma **reserva de experiências** acumuladas e, também, um **lugar reservado de pensamento** pertinente ao campo, mas não totalmente comprometido e obstruído pelos impasses do campo transferencial-contratransferencial (ibidem, p. 39, grifo do autor).

Do mesmo modo, ele propõe que o espaço de supervisão seja tido como uma possibilidade de um *olhar de reserva* (olhar que está numa posição de reserva em relação ao setting analítico e, ao mesmo tempo, que pode repor conteúdos ao terapeuta, ajudando-o a voltar para a posição de reserva e desenvolver seu potencial terapêutico). Nesse raciocínio, também as instituições de formação poderiam cumprir com essa dupla função de *reposição da reserva*. É claro que tanto a teoria, quanto a supervisão e a instituição, só exercerão tais funções se usadas pelo analista de modo não dogmático e totalitário. A proposta de se pensar esses elementos como *fontes de reserva* parecem ir ao encontro das reflexões que fizemos em sessões anteriores acerca da importância da capacitação técnica dos profissionais (Onocko Campos, 2001a).

No nosso entendimento, também podemos acrescentar a análise pessoal como uma *fonte de reserva*, que permite ao psicanalista/analizando recolher-se para o seu si-mesmo e,

concomitantemente, descobrir ou desenvolver reservas psíquicas e emocionais. Com isso, poderíamos afirmar que as três fontes, agora enumeradas, se referem justamente às recomendações de Freud (1912), para quem a prática da psicanálise, além de experiência clínica, requer o estudo teórico, a supervisão e a experiência de análise pessoal.

No que cabe à discussão deste trabalho, arriscamos indicar que a equipe de referência, quando estruturada como um *campo comum*, pode se colocar como outra fonte de *reserva* ao terapeuta. Nesse sentido, a conceberíamos como um dispositivo de reserva, em que o profissional pode resguardar-se, tomando contato com um *eu coletivo* a que pertence (o grupo de profissionais que configuram essa equipe e lhe conformam alguma identidade). Esse contato pode lhe garantir um estado de *reserva* propício para o que os trabalhadores chamaram de *diluição da transferência*. Por outro lado, a construção do caso clínico, elaborada em equipe, poderia nutrir o profissional de *reservas* psíquicas para o acompanhamento do seu paciente. Outra fonte de *reserva* nutritiva seriam os laços de trabalho proporcionados pela configuração de um campo comum, laços esses capazes de exercer a função de suporte, oferecendo ao terapeuta algumas *reservas* emocionais.

Todas essas formas de reserva devem contribuir para que o profissional sinta-se suficientemente nutrido para preservar sua presença implicada na relação terapêutica. Ao mesmo tempo, respeitando a inevitável condição paradoxal desse posicionamento, as reservas devem ajudá-lo a se ausentar, colocar-se em suspenso, evitando intrusões e permitindo que o paciente, no seu ritmo, viva suas questões emocionais e crie seu caminho de tratamento.

Ao tratar do posicionamento do psicanalista na relação com seu paciente, Winnicott (1983d) fez alguns apontamentos que ficaram bastante conhecidos no meio psicanalítico e nos parecem potentes para a discussão que vimos discutindo: “ao praticar psicanálise, tenho o objetivo de: me manter vivo; me manter bem; me manter desperto. Objetivo ser eu mesmo e me portar bem. Uma vez iniciada a análise espero continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la” (ibidem, p. 152). O autor segue sua exposição afirmando que sempre procura se comunicar com o paciente a partir da posição em que este o coloca, segundo seus movimentos transferenciais. Conseqüentemente, permite-se ser um objeto subjetivo do paciente, sem, no entanto, deixar de representar o princípio da realidade e manter-se atento a esta. Parece-nos que com essas formulações, Winnicott (1983d) evidencia o caráter

paradoxal do posicionamento do analista: manter-se vivo e desperto, mas ausentar-se, permitindo ser alocado para o campo subjetivo do paciente.

Na sua leitura desse trabalho winnicottiano, Figueiredo (2008b) apresenta um outro paradoxo contido no posicionamento proposto pelo autor: o objetivo de *ser eu mesmo* nos remete a uma postura baseada na autenticidade, sinceridade e presença implicada. No entanto, o objetivo de *me portar bem* nos conduz a idéia de uma “[...] obediência a algumas regras, requer uma auto-restrição, uma **reserva de presença do analista [...]**” (ibidem, p.108, grifo do autor). Figueiredo (2008b) aponta então que, se num primeiro momento o *ser eu mesmo* se coloca como presença implicada, necessária para a instauração de um campo relacional vivo, num segundo momento ele adquire conotação diferente. Nesse período posterior, o analista apóia-se no seu *si mesmo* justamente para colocar-se numa condição de *não implicação*. Esta lhe permite se separar das fantasias transferenciais e deixar o analisando consigo mesmo, evitando, assim, as intrusões. Nas palavras do autor: “[...] é necessário que a ‘realidade’ [o si mesmo do analista] tanto sirva de **suporte** como, paradoxalmente, de **contraponto** ao jogo [transferencial], sem saturá-lo, fazendo com que o being himself possa dialetizar-se [...]” (ibidem, p. 113, grifos do autor).

Segundo a nossa leitura, a necessidade de contraponto ao jogo transferencial deve estar baseada na idéia winnicottiana de que a *mãe suficientemente boa* é capaz de ausentar-se, ou seja, de permitir que o bebê viva seus estados tranqüilos, nos quais sente que simplesmente está *sendo*. Nesses estados, ele não precisa de nada, apenas da possibilidade de não ser interrompido por intrusões do ambiente, tais como ofertas excessivas ou inoportunas, vindas da mãe. Nesse aspecto, novamente, Winnicott (1990a) constrói um paradoxo, pois para que o bebê viva seu estado tranqüilo, a mãe precisa deixá-lo só, mas também precisa estar presente, cuidando para que outros fatores do ambiente não lhe invadam. Note-se, porém, que se trata de um tipo diferente de presença, já que ela não se coloca em relação com o bebê, permanecendo apenas atenta ao entorno, o que, influenciados por Figueiredo (2008a), poderíamos entender por uma *presença implicada, mas reservada*.

Ao apresentar as razões pelas quais faz interpretações do material do paciente, Winnicott (1983d) lança um argumento que parece contribuir com nossas reflexões acerca do posicionamento ético do terapeuta e a dicotomia *ser eu mesmo/comportar-me bem*. O

autor afirma que ao fazer uma interpretação pode sinalizar ao paciente que não compreende tudo, o que contribui para interditar suas possíveis atitudes onipotentes. Nesse sentido, ele comenta: “[...] eu retenho certa qualidade externa, por não acertar sempre no alvo ou mesmo estar errado [...]”.

Fazemos uma aproximação dessa atitude winnicottiana de valorizar a exposição de algumas limitações da sua capacidade de compreensão, marcando parte da sua externalidade, ou do seu *si mesmo*, com uma das falas de Joana. Ela expressa valorizar o fato de sua técnica de referência fazer orientações, *mesmo que não seja o que queremos*. Na sua perspectiva, essa postura possibilita que a profissional não se coloque como *aquele tipo de psicóloga de antigamente, que só ficava olhando enquanto a gente falava, não respondia nada, não dizia o que achava*. Ao manifestar seu apreço por ouvir a técnica de referência, ainda que não escute aquilo que quer, nos parece que Joana pode estar indicando a necessidade de contar com relações em que algo do *si mesmo* do profissional se faça presente, marcando suas limitações humanas.

Note-se que Winnicott (1983d) se propõe a reter *certa qualidade de presença* através de interpretações baseadas no material do próprio paciente. Destacamos esse fato para enfatizarmos que não estamos propondo aqui a configuração de relações pessoais no campo de trabalho, de tal modo que os trabalhadores se expõem livremente e contam com a compreensão do usuário. O que nos parece importante é a reflexão acerca da possibilidade de interdição da onipotência, através de alguns contornos delineados pela presença implicada do terapeuta. A esse respeito (Winnicott, 2005b, p.102) comenta que é comum que os pacientes psicóticos pressionem “[...] muito a integridade do terapeuta, já que necessitam de contato humano e de sentimentos reais, e mesmo assim precisam colocar uma confiança absoluta na relação da qual tanto dependem”. Entretanto, o autor assevera que essa relação não deve se confundir com uma amizade pessoal, sendo imperioso que o terapeuta se mantenha respeitando seus horários de trabalho e o pagamento que dele provém, além de ter em mente que toda psicoterapia chega a um fim. Nesse sentido, o terapeuta “[...] é pontual, adapta-se às necessidades do paciente e não deixa atuarem seus próprios impulsos frustrados no contato com os pacientes”(ibidem).

Ao comentar as peculiaridades da transferência desenvolvida por pacientes psicóticos, Winnicott (1978c) argumenta que depois da vivência de um processo de

adaptação suficientemente boa do analista, as falhas deste podem ser úteis para o paciente. Para tanto, é necessário que o analista seja capaz de reconhecer os significados do seu erro, o que requer disponibilidade e capacidade para analisá-los em todos os aspectos, inclusive naqueles que envolvem questões contra-transferenciais. Isso ocorre porque o paciente, confiante na capacidade do analista de sobreviver à sua destrutividade, pode utilizar as falhas dentro de suas vivências transferenciais, experimentando-as como se fossem a falha ocorrida no passado e responsável por uma experiência de ruptura da continuidade do ser. Como pode contar com sua confiabilidade no analista, o paciente sente-se capaz de zangar-se com ele e viver a sua raiva decorrente do erro ocorrido. Conseqüentemente, não está mais submetido à ruptura, pode vivê-la e reagir a ela.

No que tange essa questão, o autor assevera a necessidade de o analista reconhecer que a falha lhe pertence e não se refere à resistência do paciente. Ele deve responsabilizar-se pelo erro e dele fazer um uso, útil para o processo analítico. Se o analista recorre a atitudes defensivas, ele subtrai do paciente a possibilidade de zangar-se com a falha passada, justamente quando a raiva pôde ser experimentada. Aludindo à idéia lacaniana de que a resistência é sempre do analista, Winnicott (1978c, p. 397) conclui: “[...] e aqui está o que justifica o ditado de que toda análise fracassada representa o fracasso não do paciente, mas do analista”. Com essa reflexão, o autor parece, novamente, lembrar o caráter paradoxal das intenções de *ser eu mesmo e comportar-me bem*. Se é possível falhar, é, ao mesmo tempo, imperioso ter sensibilidade suficiente para se responsabilizar pela falha, reconhecendo seu significado e sua utilidade para o paciente. Este é um trabalho para o analista. Ao paciente cabe aproveitar a oportunidade de se zangar: “[...] é esta parte do trabalho que liberta o paciente de sua dependência ao analista” (ibidem, p. 398)

No bojo dessa discussão, o *se comportar bem* pode ser entendido como um tipo de utilização das regras do método psicanalítico que serve como mediação entre as duas funções do *ser si mesmo*: suporte e contraponto. Se pudéssemos, para fins didáticos, separar o processo analítico em etapas (o que na prática não ocorre, pois as variadas vivências são simultâneas, respeitando a ausência de cronologia do próprio inconsciente) proporíamos: num primeiro momento, a pessoa do analista coloca-se em relação com o paciente e começa por oferecer o suporte empático que ele busca através da análise. Em seguida, o analista, por resguardar-se em *reserva*, pode voltar-se para si mesmo, tornar-se oco, para

apenas ressoar aquilo que vem do paciente (Figueiredo, 2008b), permitindo que este construa um encontro criativo consigo mesmo.

A esse respeito, parece-nos esclarecedora a imagem que Figueiredo (2008b) faz dos riscos que se colocam quando o analista não consegue *ser ele mesmo* no campo de trabalho:

É como se o analista fosse então uma casca de ovo sem a gema e sem a clara: garante-se para o paciente um espaço oco e sem um limite, mas não se garante a vida aí dentro e a possibilidade – essencialmente vital – da diferença. É do ser si mesmo, decerto que contido e discreto, que pode nascer uma pulsação vital que faz da casca uma verdadeira proteção e do eu interior um ambiente de vida e diferenciação. Em outras palavras, o ‘ser si mesmo’, longe de apontar na direção de uma presença plena e plenamente implicada do analista, é, ele também, da ordem de uma mediação dialética (ibidem, p. 113-14).

No nosso entendimento, se concebemos a implicação do profissional de referência com base nessa condição paradoxal de *ser si mesmo* (nas duas acepções da expressão) e *comportar-se bem* (submetendo-se às interdições do método), podemos pensar na estruturação de relações pessoais, tal como os sujeitos da nossa pesquisa parecem valorizar, com alguma proteção para o risco de atitudes controladoras.

Acerca dos diferentes posicionamentos que o analista pode assumir para com os pacientes, Figueiredo (2008b), retoma a seguinte afirmação winnicottiana:

Se nosso objetivo continua ser verbalizar a conscientização nascente em termos de transferência, então estamos praticando análise; se não, então somos analistas praticando outra coisa que acreditamos ser apropriada para a ocasião. E por que não haveria de ser assim? (Winnicott, 1983d, p. 155)

Souza (2007) atualiza essa discussão winnicottiana, defendendo que “[...] a ética do psicanalista deve ser a ética da situação clínica que encontra [...]” (ibidem, p. 342), o que implica no fato de o analista, com base no diagnóstico que faz do caso, ter sempre que escolher entre um trabalho que objetiva a responsabilização do paciente pelo seu desejo, ou a um tipo de aproximação empática que oferecerá suporte para aqueles pacientes que ainda

não puderam se estruturar a partir da vivência edipiana. O autor assevera que são as necessidades do caso que conduzem essa escolha e não a predileção do analista.

Embora reconheça que alguns pacientes requerem um posicionamento do analista baseado na oferta de suporte, o que requer uma readaptação da técnica psicanalítica clássica, voltada para os neuróticos, Figueiredo (2008b) assevera para as dificuldades implicadas nessa adaptação e os cuidados que se tornam necessários. Nesse sentido, defende que a constância do jogo delineado pelo binômio *presença implicada - reserva* permitirá a criação de um campo de trabalho analítico, permeável a uma vivência possível da loucura, bem como às suas também possíveis elaborações. Entretanto, essa prerrogativa o leva a asseverar que, no que concerne às práticas terapêuticas voltadas para os *pacientes difíceis* (resumidamente seriam os psicóticos, borderlines e anti-sociais) a ética que lhes sustenta deve ser levada “às suas mais rigorosas exigências”.

Acreditamos que tais exigências devem sempre nos reconduzir às recomendações freudianas, não no sentido de regras a nos submetemos, mas de uma *morada* (Figueiredo, 2004) na qual podemos nos recolher e entrar em contato com nossas experiências pessoais, mas também a partir da qual regulamos nossas trocas com o mundo e fazemos um contato, pessoal, com a alteridade.

Corin (2002) apresenta algumas indicações acerca do processo de restabelecimento dos pacientes que nos parecem próximas daquilo que vimos discutindo. Tal aproximação se localiza tanto na proposta de estruturarmos o tratamento de modo que os usuários tenham possibilidades de trânsito entre o mundo externo e as relações mais íntimas consigo e com o outro, como na prerrogativa de que são eles que devem conduzir suas vidas. Nas palavras da autora:

O que ajuda as pessoas a permanecer na comunidade parece ser a possibilidade de construir um espaço, ao mesmo tempo, dentro e fora, um mundo um pouco retraído onde elas possam se comunicar com elas mesmas e caminhar segundo seu próprio ritmo. [...] Tratar da questão da reinserção das pessoas psicóticas implica a necessidade de segui-las nas suas narrativas, nos seus trajetos, nos seus silêncios. É necessário também mudar a ordem de prioridades: procurar compreender como as pessoas procuram se restabelecer e reencontrar um lugar no mundo social e cultural

de acordo com um ritmo e uma modalidade que lhes são próprios [...] ¹²⁸
(ibidem, p.69)

A autora segue sua argumentação advertindo que tais atitudes devem se sobrepor às práticas através das quais queremos adaptar os usuários ao nosso mundo ordinário, inculcando-lhes métodos educativos de aprendizagem de habilidades ou abordagens cognitivas, com o objetivo de modificar seus esquemas representacionais.

Para finalizarmos nossas reflexões acerca de alguns balizamentos éticos, nos quais o trabalho de referência pode se sustentar, retomamos a afirmação de Winnicott (1983d, p. 152), que destaca o desejo de, uma vez iniciada a análise, *continuar com ela, sobreviver a ela e terminá-la*. Ao nosso ver, essa prerrogativa diz respeito a várias questões que implicam no posicionamento do terapeuta. A primeira delas se relaciona com sua disponibilidade para ser destruído pelo paciente, para ter suas limitações desvendadas e sobreviver a esse processo agressivo que, conforme discutimos no capítulo anterior, é essencial para o desenvolvimento da capacidade de contato com tudo o que representa o não-eu. Trata-se, em certa medida, da capacidade do profissional para suportar *cair num esquecimento* [depois de ter experimentado] *uma vivência dual inicial* com seu paciente, conforme propõe o grupo de trabalhadores, cuja narrativa apresentamos anteriormente.

Ao discutir o tema da ética da psicoterapia psicanalítica, Volmer Filho e Berlim (2005) advertem que o terapeuta tem o dever ético de trabalhar para que o paciente se desprenda de sua dependência e adquira graus, cada vez maiores, de autonomia. Essa proposição caminha na mesma direção das reflexões de Campos e Amaral (2007) e Goldeberg (1996) que, conforme pontuamos nas sessões iniciais deste texto, propõem que a clínica ampliada trabalhe para que o paciente aumente seus coeficientes de autonomia.

De acordo com o que defendemos acima, na perspectiva winnicottiana, o desprendimento que o paciente pode fazer em relação ao seu terapeuta depende da capacidade do analista suportar a destrutividade do paciente, resistir a ela e se responsabilizar pelos erros que a despertaram. Portanto, trata-se da necessária disposição para uma constante movimentação conformada pelos pólos da reflexividade e do contato com o outro e suas potencialidades, a despeito da doença que venha a carregar consigo.

¹²⁸ Tradução nossa.

Em sua narrativa, Helena mostra a expectativa de que suas técnicas de referência cumpram com tal responsabilidade ética, na medida em que sinaliza seu desejo de, progressivamente, diminuir a frequência ao CAPS, aumentando, com isso, as possibilidades de vivências mais autônomas, em sua casa. É interessante notar que ela reconhece a necessidade do acompanhamento do serviço, mas parece insistir na possibilidade do trânsito que vimos defendendo. Nesse sentido, retomamos uma passagem em que Winnicott (2005b, p. 102) propõe: “o objetivo de toda terapia é chegar a um ponto em que cessa a relação profissional, porque o viver e a vida do paciente ‘assumem o comando’ [...]”.

Esperamos que essas reflexões sirvam como uma espécie de *reserva* aos nossos leitores e contribuam com a construção de trânsitos entre o coletivo e o individual, o interno e externo, a espontaneidade e o rigor ético.

9. Considerações Finais

Considerando o contexto do campo empírico com que trabalhamos, o percurso da pesquisa aqui relatada nos indica que o arranjo em estudo cumpre com os objetivos a que se propõe. Notamos que ele tende a mostrar-se mais eficaz quando organizado segundo o modelo de equipes de referência, pois este permite uma coesão maior entre os profissionais que compõem a equipe geral do serviço, evitando subdivisões e contribuindo para a circulação de saberes, bem como para o compartilhamento de funções, tarefas, responsabilidades e decisões. Entretanto, o funcionamento dessas equipes requer um trabalho permanente de construção de *pontes* que permitam um *tráfego* entre os profissionais, de tal modo que coloquem suas afinidades e suas diferenças em contato. Quando desobstruído, esse tráfego permite que os pacientes circulem pelo serviço e pelos trabalhadores, encontrando distintos espaços de expressão e acolhimento, para as suas também distintas experiências, questões, sensações, emoções, fantasias, necessidades e agonias.

Entendemos que o sustentáculo principal dessas pontes é a *construção do caso clínico* ou do *projeto terapêutico individual*, construção esta que permite que o usuário delinheie os caminhos que permeiam seu tratamento e indique suas necessidades, ao seu modo. A escuta das indicações oferecidas pelo pacientes, numa linguagem que lhes é peculiar, exige que os profissionais tenham alguma habilidade para o contato com a diferença e para o oferecimento de suporte uns aos outros. Além disso, faz-se necessário que a equipe disponha de espaços de supervisão e apoio institucional, para que tenha suas defesas inconscientes analisadas e conte com alguma segurança para tratar dos sofrimentos inerentes a um trabalho que envolve relações íntimas com os colegas e os pacientes.

A configuração desse espaço de compartilhamento exige, ainda, uma regularidade de encontros, discussões e trabalho em comum, o que requer uma certa escolha dos profissionais para construírem e sustentarem uma instância coletiva de gestão da clínica. É natural que essa escolha encontre resistências de várias ordens, como aquelas situadas nas questões de mercado de trabalho, nas buscas pessoais pela diferenciação através da opção

profissional e nas angústias ligadas aos ferimentos narcísicos, que o contato com a diferença tende a produzir. Acreditamos ser viável lidar com esses problemas através da sustentação de uma política pública de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, mas também por meio da orientação clínica que os pacientes nos indicam, ao expor suas necessidades e o tipo de atenção que lhes parece eficaz.

Dentre os elementos que compõem essa orientação, destacamos a importância que os usuários atribuem a uma função que denominamos de *mediação do cotidiano*. Esta é facilitada pelo arranjo de referência, uma vez que, através dele, os profissionais acompanham seus pacientes nas mais diversas esferas de suas vidas (desde as experiências de crise, até a procura por um trabalho ou uma moradia, bem como a aquisição de benefícios previdenciários). Tal acompanhamento se fundamenta em três aspectos: a disponibilidade do terapeuta para acolher o paciente em sua singularidade, a permanente relação de confiabilidade e a constância dos cuidados.

Notemos que a mediação do cotidiano de vida dos usuários deve facilitar um processo em que eles ampliem suas possibilidades de contato com o mundo social e, ao mesmo tempo, consigam habitá-lo de modo mais confortável, uma vez que encontram algum espaço para suas experiências e percepções singulares. Portanto, não cabe ao técnico de referência fazer *pelo* paciente, mas sim se adaptar ao ritmo e às necessidades deste, oferecendo suporte para o contato com consigo e com o outro, bem como para as vivências que decorrem desse contato, estejam elas relacionadas a algum ganho de autonomia ou a sensações de agonia e ruptura. Contando com esse suporte, o paciente pode se apropriar de suas experiências, conquistando níveis, cada vez maiores, de autoria sobre a própria vida.

Esse processo, contudo, exige que os profissionais estabeleçam relações muito próximas com seus pacientes, permitindo-se tocar pelas suas mais diferentes questões, como aquelas ligadas às paixões profundas (de amor e ódio) e aquelas que dizem respeito à vida social, geralmente permeada por contextos de extrema miséria e injustiça sociais. Tamanha proximidade na relação, acrescida de outras dificuldades próprias de sua realidade de trabalho, pode levar o técnico de referência a assumir atitudes onipotentes ou invasivas, oscilando movimentos em que fica misturado com o paciente (de modo excessivo e patológico) e outros em que tenta dele se defender, afastando-se e desconsiderando o outro em suas ações.

Acreditamos que a estruturação do arranjo segundo o modelo de equipes de referência pode colaborar para o manejo de problemas como este. Nesse sentido, propomos que as equipes de referência, enquanto arranjo genuinamente coletivo, podem se configurar como um *vislumbre de integração*, ou seja, daquilo que se mantém vivo e regular (o que não lhe destitui de um recheio de contradições e movimentos), a despeito das dificuldades inerentes à subjetividade de cada profissional. Assim, o trabalho de referência se estrutura sobre um paradoxo: por um lado, os pacientes precisam de relações singulares, em que os profissionais se identifiquem com eles e reconheçam suas profundezas. Por outro lado, eles precisam também de um arranjo sólido, que interdita tal identificação, quando ela não se faz mais necessário, ou se mostra patológica. Essa solidez é também essencial para que os usuários experimentem relações que resistam à destrutividade que emana deles e da natural passagem do tempo.

O diálogo que construímos entre nosso material empírico e as tradições teóricas escolhidas nos leva a concluir que o arranjo de referência localiza sua potência na capacidade de se mostrar flexível, segundo as diferentes necessidades dos pacientes. Assim, o que se coloca como imprescindível é a constante comunicação entre as estruturas coletivas e individualizadas, de modo que elas, permanentemente, se sustentem, se desestabilizem e se toquem. Esse fluxo de movimento permite que o paciente encontre variados espaços para experimentar sua polifonia, tê-la reconhecida, alojá-la, e também poder movimentá-la, no seu ritmo.

Cientes da complexidade que envolve esses movimentos, finalizamos nosso trabalho com uma discussão acerca de certos balizamentos éticos, que podem sustentar as práticas do referenciar. Não estamos, com isso, propondo um conjunto de regras a que os trabalhadores devem se submeter. Nosso objetivo é apresentar elementos que podem servir de sustentadores e analisadores de nossas posturas profissionais. Com isso, entendemos que uma escolha ética envolve, necessariamente, um pacto coletivo. Este, com vistas à criação de espaços democráticos e acolhedores da diferença, nos exige profundas renúncias, que devem nos transportar do narcisismo ao contato com o outro e a legitimação de sua alteridade.

Com base nas tradições teóricas que sustentaram nosso trabalho de pesquisa, sugerimos que os profissionais de referência sustentem suas práticas nas regras técnicas

freudianas que, em última instância, interditam as pretensões onipotentes do terapeuta que deseja tudo escutar, entender e saber. Ou seja, é necessário que os trabalhadores consigam desenvolver a percepção de que nunca sabem o que é bom para o outro, sem que antes tenha o acompanhado, nos caminhos que ele pôde percorrer, a despeito das confusões inerentes ao percurso.

Para fazer esse acompanhamento, indicamos que os profissionais desenvolvam uma habilidade para suportar a habitação de uma zona paradoxal, localizada num interstício entre sua presença implicada junto ao paciente e sua capacidade de ausentar-se, colocando-se em reserva (Figueiredo, 2008a). Nesse sentido, é necessário que ele se coloque disponível para experimentar um contato emocional vivo com seu paciente, mas que, ao mesmo tempo, consiga se ausentar, reservando ao paciente o lugar central da cena.

Ao colocar-se em reserva, o técnico de referência não invade o paciente e pode resistir aos ataques deste. Para tanto, a idéia de se reservar deve nos remeter a uma postura de discrição, em que voltamo-nos a nós mesmos e às nossas reservas psíquicas, para ampliar o espaço de vivência do paciente. Entre essas reservas, encontram-se nossas experiências pessoais, nossa capacitação técnica, a supervisão e a equipe de referência. Ao retornar para nossa presença implicada, junto do paciente, estamos mais nutridos para oferecer o suporte que a relação exige e para nos ausentar, assim que necessário.

À guisa de conclusão, propomos que o trabalho de referência se pautem numa permanente disposição para o trânsito por entre os elementos que marcam os paradoxos contidos nas experiências que exigem a coexistência de planos coletivos e individuais, internos e externos, rigorosamente éticos e espontâneos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarez AP, Benevides Rde B, Carvalho HF, César JM, Gonçalves LLM, Passos E. As oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: 2. Onokco Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. (orgs.) Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p.300-18.
3. Alves-Mazzotti AJ. As ciências sociais são ciências? In: Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. O método nas ciências sociais e naturais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª. Edição. São Paulo: Pioneira; 1998. p.11-118.
4. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
5. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.
6. Andrade R.D.R. Discussão X Construção do Caso Clínico. CliniCaps [on line] Jan-Abr 2007 [acesso em 6 de fevereiro de 2009]; 1(1). Disponível em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_pdf/Rev_01/Revista01_art5_Renata.pdf.
7. Araújo CAS. O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. Natureza humana: Revista Internacional de filosofia e práticas psicoterápicas. 2003; 5(1): 39-59.
8. Ayres JRC. M. Interpretação histórica e transformação científica: a tarefa hermenêutica de uma teoria crítica da epidemiologia. Revista de Saúde Pública. 1994; 28(4): 311-319.
9. Barros RB. A instituição grupo: diagramas de constituição. In: Barros RB. Grupo: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina / Editora da UFRGS; 2007. p. 121-170.
10. Benevides R. Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e Capturas em Tempos Neoliberais. Loucura, Ética e Política: escritos militantes. In: Conselho Regional de Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p.196-206.
11. Bezerra Jr. B, Ortega F. Apresentação. Por que Winnicott hoje. In: Bezerra Jr. B, Ortega F. Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2007. p. 7-12.

12. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. 86p.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório da gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. 85p.
14. Burke L. A escrita da história: novas perspectivas. São Paulo: Ed. Unesp; 1992.
15. Campos GWS. Análise crítica sobre as especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos de Saúde Pública. 1997; 13(1): 141-144.
16. Campos GWS. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um Método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cadernos de Saúde Pública. 1998; (14)4: 863-870.
17. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial. Um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 1999; 4(2): 393-403.
18. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Editora Hucitec Ltda.; 2000.
19. Campos GWS. Gestion em saúde, em defesa da vida. Tradução de Asia Testa. Buenos Aires (Argentina): Lugar Ed.; 2001.
20. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
21. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma de hospitais. Ciência & Saúde Coletiva. 2007a; 12(4): 449-59.
22. Campos GWS, Domitti, AC. Apoio Matricial e Equipe de Referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007b, 23(2): 399-407.
23. Carvalho ICM. Biografia, Identidade e Narrativa: Elementos para uma análise hermenêutica. Horizontes antropológicos. 2003; 9(9): 283-302.
24. Carvalho SR. Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre o tema do sujeito e da mudança. São Paulo: Hucitec; 2005.

- 25.Castoriadis C. A instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1986.
- 26.Castro E de C, Oliveira MH. As incidências éticas subentendidas/entrelidas nos “artigos técnicos” de Sigmund Freud. *Factual: Revista de Psicologia*. 2008; 20(2): 547-70.
- 27.Cavalcanti MT, Dahl CM, França L. Desinstitucionalização: os processos de trabalho. In: Couto MCV, Gomes R (org.) *Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ; 2007.
- 28.Coelho Jr N. Fala, Escuta e Campo Terapêutico em Psicanálise. In: Figueiredo LCM. Coelho Jr. N. *Ética e Técnica em Psicanálise*. 2ª. versão ampliada. São Paulo: Escuta; 2008.
- 29.Corin H, Guilles L. Réalités e mirage: les espaces psychiques et sociaux de la reinsertion. *Revue Santé Mentale au Québec*. 1988; 13(1): 69-86.
- 30.Corin H. Se rétablir après une crise psychotique: ouvrir une voie? Retrouver sa voix? *Revue Santé Mentale au Québec*. 2002 ; 27(1): 65-82.
- 31.Del Barrio LR, Corin E, Poirel M-L, Drolet M. Avaliação qualitativa de serviços em saúde mental a partir das perspectivas de usuários e profissionais. *Negociação, cidadania e qualidade dos serviços*. In: Bosi MLM. Mercado-Martinez F. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004. p.401-49.
- 32.Delgado PG, Gomes MPC, Coutinho ESF. Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(3): 452-63.
- 33.Dias EO. Sobre a confiabilidade: decorrência para a prática clínica. *Natureza Humana*. 1999; 1(2): 288-322.
- 34.Dias EO. A teoria do amadurecimento de D.W.Winnicott. Rio de Janeiro: Imago; 2003.
- 35.Dias EO. O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2008; 11(4): 588-601.
- 36.Duarte R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*. 2002; 115 (1): 139-54.
- 37.Ferrer AN. Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.

- 38.Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2004; 7(1): 75-86.
- 39.Figueiredo LCM. Presença, implicação e reserva. In: Figueiredo LCM. Coelho Jr. NE. *Ética e técnica em psicanálise*. 2ª. ed. ampliada. São Paulo: Escuta; 2008a. p. 13-54.
- 40.Figueiredo LCM. Novas considerações sobre implicação e reserva. In: Figueiredo LCM. Coelho Jr. NE. *Ética e técnica em psicanálise*. 2ª. ed. ampliada. São Paulo: Escuta; 2008b. p. 107-22.
- 41.Figueiredo VV, Rodrigues MMP. Atuação do psicólogo nos CAPS do Espírito Santo. *Psicologia em Estudo*. 2004; 9(2): 173-81.
- 42.Fontanella B, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27.
- 43.Fontanella B, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais de saúde. *Rev. Latinoamericana de Enfermagem [versão on-line]* 2006 [Acesso em 10 de maio de 2007]; 14(5). Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.
- 44.Freire M. (Sem título). In: Vasconcellos E (org.) *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. Rio de Janeiro - São Paulo: EncantArt – Hucitec; 2005. p. 57-81.
- 45.Freud, S. A interpretação dos sonhos. In: Freud, S. *A interpretação dos sonhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. : (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, 5, 1900).
- 46.Freud, S. Delírios e sonhos da Gradiva de Jersen. In: Freud, S. *Gradiva de Jersen e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. : (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 9, 1907, p. 15-90).
- 47.Freud, S. Sobre o início do tratamento. (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise). In: Freud, S. *O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. : (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 12, 1913).

48. Freud, S. Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: Freud, S. *O caso Schreber, artigos sobre a técnica e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. : (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 12, 1912).
49. Freud, S. Totem e tabu. In: Freud, S. *Totem e tabu e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. : (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 13, 1913).
50. Freud, S. - Construções em análise. In: Freud, S. Moisés e o monoteísmo. Esboço de Psicanálise e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1996. : (Edição Standard Brasileira das Obras completas de Sigmund Freud, vol. 23, 1.937).
51. Furtado JP. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao Caps Estação. In: Harari A, Valentini W (orgs). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 1991.
52. Furtado JP, Onocko Campos RT. A transposição das políticas públicas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2005; 8(1):109-22.
53. Furtado JP, Miranda L. O “dispositivo técnico de referência” nos equipamentos substitutivos de saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2006; 09(2):508-25.
54. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2007; 11(22): 239-55.
55. Furtado JP, Onocko Campos RT. Furtado JP. Onocko Campos R. A participação de diferentes grupos de interesse na geração de conhecimentos sobre a rede de serviços avaliada. In: Onokco Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. (orgs.) *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.p. 231-248.
56. Furtado JP. Onocko Campos R. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: Onokco Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R. (orgs.) *Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. p. 189-208.
57. Gadamer HG. Verdade e método. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.

Petrópolis, RJ: Vozes; 1997. p. 400-460.

58. Guimarães CG. O ordinário e o extraordinário das narrativas. In: Guimarães CG, França VRV (orgs). Na mídia, na rua: narrativas do cotidiano. Belo Horizonte: Autêntica; 2006. p.7-17.

59. Guirado M. Prefácio. In: Lerner R. A psicanálise no discurso de agentes de saúde mental. São Paulo: Casa do Psicólogo: Fapesp; 2003.

Garcia C. Saber e ciência: psicanálise, saúde pública e saúde mental. Cadernos IPUB. 2002; 8(21): 61-79.

60. Goldberg JI. Reabilitação como processo. O Centro de Atenção Psicossocial. In: Pitta A (org). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 33-48.

61. Gondim SMG. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos. Revista Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação. 2002; 12(24): 149-162.

62. Guba EG, Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Sage Publications. Newbury Park; 1989. 294 p.

63. Houaiss A. Dicionário Eletrônico Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Objetiva Ltda; 2001.

64. Jantsch AP, Biachetti L. Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.

65. Kaës R. Realidade psíquica e sofrimento nas instituições. In: Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R et al. (orgs). A instituição e as instituições. Tradução de Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991.

66. Kristeva J. O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras. Hanna Arednt, Tomo I. Rio de Janeiro: Rocco Editora; 2002.

67. Junqueira C, Celho Jr. NE. Considerações acerca da Ética e da Consciência Moral nas obras de Freud, Klein, Hartmann e Lacan. Pschê. 2005; 9(15): 105-124.

68. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de psicanálise. 4ª. edição. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

69. Leal EM et al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2006; 9(3): 433-447.

70. Leal EM. Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social. In: Silva Filho JF (org). Psicopatologia hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2007. p. 63-81.
71. Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Jr. AG, Mattos RA (orgs). Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CPESC: IMS/LAPPIS:ABRASCO; 2007.
72. Lener R. A psicanálise no discurso dos agentes de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, Fapesp; 2006.
73. Lervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Revista de enfermagem da USP. 2001; 35(2):115-21.
74. Lewin, K. Teoria do Campo em Ciência Social. São Paulo: Pioneira; 1965.
- Lima, EMFA. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: Costa CM, Figueiredo AC (orgs). Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 59-81.
75. Loparic Z. Winnicott: uma psicanálise não edipiana. Percurso. 1997; 9(17): 41-7.
76. Luz MT. A produção científica em ciências sociais e saúde: notas preliminares. Saúde em debate. 2000; 24(55): 54-68.
77. Lyotard JF. A condição pós-moderna. 9a. ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2006.
78. Machado L de F, Dahl CM, Carvalho MCA, Cavalcanti MT. Programa de tratamento assertivo na comunidade (PACT) e gerenciamento de casos (*case management*): revisão de 20 anos de literatura. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2007; (56): 208-218.
79. Menezes LC. A contribuição dos autores franceses. Comentários sobre a clínica. In: Outeiral J, Thomas TO (orgs). Psicanálise brasileira. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 327-35.
80. Minayo MC de S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MC de S, Deslandes SF (orgs). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002; p.p. 83-107.
81. Minayo MC de S. Introdução à metodologia de pesquisa social. In: Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1992, p.p. 19-36.
82. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª. ed revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006.

- 83.Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko Campos RT. Dos Grupos Focais aos Grupos Focais Narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onokco Campos R. Furtado JP. Passos E. Benevides R. (orgs). Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-277.
- 84.Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1997.
- 85.Moreno DMFC. A comunicação do resultado do teste HIV positivo no contexto de aconselhamento sorológico: a versão do cliente. [Tese- Doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo; 2006.
- 86.Moura AH. O coletivo. In: Moura AH. Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 70-91.
- 87.Nunes MO, Torrente M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1): 188-196.
- 88.Onocko Campos R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. Saúde em debate. 2001a; 25(58): 98-111.
- 89.Onocko Campos R. O planejamento no labirinto. Uma viagem hermenêutica. [Tese-Doutorado]. Campinas (S.P): Universidade Estadual de Campinas; 2001b.
- 90.Onocko Campos R. Humano demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria. In: Spinelli (org). Salud Colectiva. Coleção Salud em debate. Buenos Aires (Argentina): Editora Lugar, 2004.
- 91.Onocko Campos, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde. Uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva 2005a; 10(3): 573-583.
- 92.Onocko Campos, R. Furtado JP. Passos E. Benevides R.B. Pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. Campinas: Unicamp, 2005b.27p.mimeo.

93. Onocko Campos R, Campos GWS. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr.M, Carvalho YM (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.
94. Onocko Campos R. Massuda A., Valle I., Castaño G., Pellegrini O. et al. Salud Colectiva y psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes. Salud Colectiva 2008a. 4(2): 173-185.
95. Onocko Campos R. Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa em saúde. Revista de Saúde Pública 2008b. 42(6): 1090-1096,
96. Oury J. Itinerários de formação. Revue Pratique. 1991; 1(1): 1-10.
97. Oury J. Le collectif. Paris: Sacarabé; 1986.
98. Passos E, Benevides R. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3):561-71.
99. Ogino TA. (Sem título). In: Vasconcellos E (org). Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro - São Paulo: EncantArt – Hucitec; 2005. p. 120-8.
100. Passos E, Benevides R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. Psicologia Clínica. Pós-graduação e pesquisa. 2001; 13(1):89-99.
101. Rapp C.A. Goscha RJ. The principles of effective Case Management of Mental Health Services. Spring. 2004; 27(4): 319-333.
102. Rauter C. Oficinas para quê? – uma proposta ético-estético-política. In: Amarante P. (org) Ensaio. Subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
103. Ricoeur P. Tempo e narrativa. Tomo I. Tradução de Constança Marcondes. Campinas (SP): Papyrus; 1997.
104. Rocha EC. Sobre algumas incidências da psicanálise na saúde mental. In: Figueiredo AC. Corpo, sintoma e psicanálise. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2006. p. 81-95.
105. Ryan A. Case Management: a critical review. Community Care. 2003; 10(1): 27-32.
106. Saggese E. Psicanálise e clínica da psicose: o que não tem sossego, nem nunca terá. In: Figueiredo AC. Corpo, sintoma e psicose: leituras do contemporâneo. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2006. p. 73-81.

- 107.Safra G. A face estética do self: teoria e clínica. 2ª edição. São Paulo: Unimarco Editora; 1999.
- 108.Safra G. Hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal. São Paulo: Editora Sobornost; 2006.
- 109.Salles de Oliveira P. Caminhos de construção de pesquisa em Ciências Humanas. In: Salles de Oliveira P. (org.) Metodologia das Ciências Humanas. São Paulo: Hucitec, Unesp; 1998, p.p. 17-26.
- 110.Salem P. Reflexões sobre confiança e hábito em D.W.Winnicotte e J. Dewey. In: Bezerra Jr B. Ortega F. (orgs) Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2007. p. 166-198.
- 111.Santos B de S. Ciência e Senso Comum. In: Santos B de S. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Graal, 1989, p. 31-45.
- 112.Santos BS. Um discurso sobre as ciências. Porto: Edições Afrontamento; 1987.
- Schimid PC. Viajando não, só sonhando. Revista do Departamento de Psicologia – UFF. 2007; 19(1): 187-198.
- 113.Silva MBB. Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *PHYSIS. Revista de Saúde Coletiva*. 2005a; 15(1): 127-150.
- 114.Silva MBB. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. 2005b; 8(1): 303-321.
- 115.Silva MBB. O técnico de referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental? *Revista Vivência*. 2007; 32 (1): 42-56.
- 116.Sivalli Campos CM, Soares CB. A produção de serviços de saúde mental: a concepção de trabalhadores. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2003; 8(2): 621-8.
- 117.Stanghellini G. *Disembodied Spirits and Deanimated Bodies. The Psychopathology of Common Sense*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 118.Souza O. Defesa e criatividade em Klein, Lacan e Winnicott. In: Bezerra Jr B. Ortega F. (orgs). Winnicott e seus interlocutores. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2007. p.315-344.

- 119.Tenório F. Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica. In: Couto M.C.V. Martinez R.G. (orgs). Saúde Mental e Saúde Pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: NUPPSAM/IPUB/UFRJ; 2007.
- 120.Turato ER. Introdução à pesquisa clínico-qualitativa. Definição e principais características. Revista portuguesa de Psicossomática. 2001; 2(1): 93-111.
- 121.Vaisberg TMJA, Machado MCL. Transicionalité et enseignement de la psychopathologie: réflexion sur les cours pratiques à partir de Winnicott. Coq heron, Paris 2005; 180(1): 146-155.
- 122.Vaisberg TA. Sofrimento humano e práticas diferenciadas. In: Vaisberg TA. Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida (S.P): Idéias e Letras; 2004a. p. 9-22.
- 123.Vaisberg TA. Sentido e direção: a clínica como prática transformadora. In: Vaisberg TA. Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida (S.P): Idéias e Letras; 2004b. p. 59-68.
- 124.Vaisberg TA. Da questão do método à busca do rigor. In: Vaisberg TA. Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida (S.P): Idéias e Letras; 2004c. p. 119-129.
- 125.Vaisberg TA. Arterapia, clínica winnicottiana e desordens neurológicas severas. In: Vaisberg TA. Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida (S.P.): Idéias e Letras; 2004d. p. 145-156.
- 126.Vasconcelos CM, Pasche DF. O sistema único de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr.M, Carvalho YM (orgs).Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- 127.Vasconcellos EM. O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus; 2003.
- 128.Vasconcellos EM. Os desafios no processo de construção de narrativas pessoais no campo da saúde mental: a experiência desta coletânea. In: Vasconcellos E (org). Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro - São Paulo: EncantArt – Hucitec; 2005.
- 129.Viganó C. A construção do caso clínico em saúde mental. Curinga. Psicanálise e Saúde Mental 1999; 13(1): 50-59.

130. Vollmer Filho G, Berlim G.L. Ética e Psicoterapia. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS (orgs). Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 385-397.
131. Westphal MF, Bógus C.M, Faria MM. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletim da Oficina Sanitária do Panamá. 1996; 120(6): 472-482.
132. Wiggins GS. The analysis of focus groups in published research articles. The Canadian Journal of Program Evaluation 2004; 19(2): 143-164.
133. Winnicott DW. O brincar. Uma exposição teórica. In: Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1975a. p. 59-79.
134. Winnicott DW. A criatividade e suas origens. In: Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro (RJ): Imago Editora Ltda; 1975b. p. 95-120.
135. Winnicott DW. O papel do espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora; 1975c. p. 153-163.
136. Winnicott DW. Preocupação maternal primária (1956). In: Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves, 1978a. p. 399-405.
137. Winnicott DW. Formas clínicas da transferência. In: Winnicott DW. Textos selecionados: da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: F. Alves; 1978b. p. 3393-98.
138. Winnicott DW. Os doentes mentais na prática clínica (1963). In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes médicas; 1983a. p. 196-206.
139. Winnicott DW. A integração do ego no desenvolvimento da criança. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983b. p. 55-61.
140. Winnicott DW. A capacidade para estar só. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983c. p. 31-7.
141. Winnicott DW. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1983d. p. 152-55.
142. Winnicott, D.W. Desenvolvimento emocional. Características da primeira infância. In: Winnicott DW. Natureza Humana. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1990a. p. 87-99.

143. Winnicott DW. A posição depressiva. In: Winnicott DW. Natureza humana. Rio de Janeiro: Imago; 1990b. p.89-103.
144. Winnicott DW. A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In: Winnicott DW. Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994a. p. 195-202 .
145. Winnicott, D.W. A importância do *setting* no encontro com a regressão na psicanálise. In: Winnicott DW. Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994b. p. 77-81.
146. Winnicott DW. A psicologia da loucura: Uma contribuição da psicanálise. In: Winnicott DW. Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994c. p. 94-101.
147. Winnicott DW. O medo do colapso. In: Winnicott DW. Explorações Psicanalíticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994d. p. 70-6.
148. Winnicott DW. A mãe dedicada comum. In: Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 1999a. p. 1-12.
149. Winnicott DW. A criança no grupo familiar. In: Winnicott DW. Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes; 1999b. p. 123-36.
150. Winnicott DW. Notas sobre Normalidade e Ansiedade (1931). In: Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise : obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed.; 2000a. p. 57-77.
151. Winnicott DW. A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. (1950-55) In: Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed.; 2000b. p. 288-304.
152. Winnicott, D.W. A cura. In: Winnicott DW. Tudo começa em casa. (1960) 4ª.ed. São Paulo: Martins fontes; 2005a. p.105-14.
153. Winnicott DW. Tipos de psicoterapia. In: Winnicott DW. Tudo começa em casa. 4ª.ed. São Paulo: Martins fontes; 2005b. p.93-104.
154. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de programas – Concepções e Práticas. São Paulo: Ed. Gente; 2004.

10. ANEXOS

10.1 Roteiro para o grupo focal com os trabalhadores dos CAPS

- Abordagem preliminar
 1. O que vocês entendem por Caps?
 2. O que vocês manteriam e o que mudariam nesses serviços?

- 1. Sobre os projetos terapêuticos individuais (PTIs)
 1. O que vocês pensam, quando falamos “PTI”?
 2. Quando são elaborados esses projetos? Quem os elabora e de que modo?
 3. Na prática de vocês, como são acompanhados e revistos os PTIs?

- Sobre as práticas em grupo
 1. Que práticas em grupo existem no Caps?
 2. Que funções possuem?
 3. Há discussões entre a equipe sobre os grupos?

- Sobre a atenção à crise
 1. O que vem à cabeça de vocês, quando falamos em “crise”?
 2. O restante do pessoal do Caps compartilha dessa idéia sobre crise?
 3. De modo geral, como são atendidas as crises neste serviço?
 4. Há diferença na atenção ofertada aos usuários em crise já inseridos no Caps em relação aqueles que chegam em crise já na primeira vez?
 5. Há PTIs especificamente elaborados para os momentos de crise?
 6. Vocês atendem situações de crise fora do Caps?
 7. Utiliza-se leitos de outras instituições para pacientes do Caps em crise?

- Gestão
 1. Como se organiza a gestão desse serviço?
 2. Vocês identificam no processo de trabalho iniciativas que qualifiquem a interação entre a equipe?
 3. Como é a interação entre a gestão e a clínica desenvolvida nesse serviço?

- Sobre a formação dos profissionais
 1. Vocês ouvem com frequência relato de queixas por sobrecarga entre seus colegas de trabalho? Do que mais se queixam?
 2. Há estratégias de desenvolvimento e educação permanente dos profissionais do serviço?
 3. De que estratégias fora da instituição vocês lançam mão para a sua formação profissional?

- Captando questões dos grupos de interesse para a avaliação
 1. Quais são os aspectos que vocês consideram que um processo avaliativo dos Caps deveria abordar?

2. Que perguntas deveriam ser respondidas pela avaliação dos Caps? Que subsídios deveriam ser gerados?

10.2 Roteiro do grupo focal de familiares dos usuários dos Caps

IDENTIDADE

1. Se eu perguntasse quem são vocês, como se apresentariam?

2. Como é o dia-a-dia de vocês?

[O que fazem? Aonde vão? Com quem se encontram?]

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

3. Há quanto tempo seus familiares estão fazendo tratamento no CAPS?

4. Pra que serve o CAPS?

[Do que se tratam lá?]

[O que é bom e o que é ruim para eles no CAPS? E para vocês?]

[Muito se fala em PTI entre os profissionais, o que é isso? Quem monta esse projeto? A participação de vocês é requisitada ou considerada?]

[O que é referência e como funciona na prática? Há comunicação de vocês com a equipe de referência ou com o técnico de referência? Como é? Quando...]

[Vocês podem participar de decisões no CAPS? De quais? Em que espaço? De que forma?]

[Há assembleia? Vocês podem participar dela? Conselho local? – Para que serve? Como funciona?]

5. Na opinião de vocês, como deveria funcionar o CAPS?

EXPERIÊNCIA DA LOUCURA

6. Vocês estão neste grupo por terem familiares que são usuários do CAPS. Como vocês se organizam para cuidar dos familiares no dia-a-dia? (Quem se ocupa dos cuidados?). [Vocês se sentem sobrecarregados?]

Há quanto tempo eles fazem tratamento no CAPS?

O que vocês acham desse tratamento? Ajuda?

7. Fala-se que o leito do CAPS é para o usuário em crise. Seus familiares já usaram leito?

Em que momento? Por quê? O que vocês acharam (bom/ruim)?

Vocês puderam participar da decisão pelo leito-noite e do tratamento no tempo em que seus familiares estavam em leito? Como foi?

- 8- O que é crise para vocês?

[Alguém aqui já teve alguma crise própria ou já acompanhou crise de familiares? [Como vocês acham que deve ser tratado alguém em crise / como vocês gostariam que seus familiares, ou vocês mesmos, fossem tratados no momento de uma crise?]

[Qual a diferença do tratamento do momento de crise no CAPS e no Hospital?]

MUDANÇA DE MODELO

8. Vocês já ouviram falar na mudança de modelo na assistência em saúde mental (Reforma Psiquiátrica/Luta antimanicomial)?

[O que entendem disso?][Como avaliam?]

10.3 Roteiro do grupo focal de usuários dos Caps

IDENTIDADE

1. Se eu perguntasse quem são vocês, como se apresentariam?

2. Como é o dia-a-dia de vocês?

[O que fazem? Aonde vão? Com quem se encontram?]

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

3. Há quanto tempo estão fazendo tratamento no CAPS?

4. Para que serve o CAPS?

[Do que se tratam lá?]

[O que é bom e o que é ruim no CAPS, para vocês?]

[Muito se fala em PTI entre os profissionais, o que é isso? Quem monta esse projeto?]

[O que é referência e como funciona na prática?]

[Vocês podem participar de decisões no CAPS? De quais? Em que espaço? De que forma?]

[Há assembléia? Conselho local? Para que serve? Como funciona?]

5. Na opinião de vocês, como deveria funcionar o CAPS?

EXPERIÊNCIA DA LOUCURA

6. Vocês estão neste grupo por serem usuários do CAPS. Vocês se sentem adoecidos?

[Quando isso começou?]

[Há mudança nesta relação antes e depois do CAPS?]

7. Fala-se que o leito do CAPS é para o usuário em crise. Vocês já usaram o leito? Para quê?

[O que teve de bom/ruim?]

8. O que é crise para vocês?

[Alguém aqui já teve alguma crise? Como é isso?]

[Como vocês acham que deve ser tratado alguém em crise / como vocês gostariam de ser tratados no momento de uma crise?]

[Em que outros espaços já foram cuidados no momento da crise?]

[O que teve de bom/ruim?]

MUDANÇA DE MODELO

8. Vocês já ouviram falar na mudança de modelo na assistência em saúde mental?
(Reforma Psiquiátrica / Luta antimanicomial)
[O que entendem disso?]
[Como avaliam?]

10.4 Roteiro do grupo sobre trabalho de referência

- 1- O que vocês entendem por trabalho de referência?
- 2- Como esse trabalho se organiza na prática assistencial de vocês?
- 3- Como vocês avaliam o arranjo profissional/ equipe de referência?
- 4- Há pressupostos clínicos que embasam a prática de referência? Vocês podem falar sobre eles?
- 5- De que maneira esses pressupostos aparecem na prática de referência do dia a dia dos CAPS?
- 7- Existem problemas que vocês associariam com o trabalho de referência?
[São problemas ligados ao conceito do arranjo? Ou à sua operacionalização? Ou, ao contexto institucional? Que outros fatores ligam-se a esses problemas do arranjo?]
- 8- Que desafios (teóricos e práticos) vocês acham que a prática de referência tem enfrentado?

10.5 Roteiro de perguntas para as entrevistas

- 1- Conte-me um pouco de você.
(Se for necessário: onde e com quem vive, o que costuma fazer no dia a dia, do que gosta, do que não gosta, pessoas com que se encontra, lugares que frequenta, planos, sonhos, problemas que vem enfrentando)
- 2- Por que você faz tratamento no CAPS?
- 3- Se mencionar um sofrimento psíquico ou doença: Como é a sua doença? E, como é a história dela (quando começou, como foi acontecendo ao longo do tempo)?
Se não mencionar: Você tem algum tipo de sofrimento forte, que te atrapalha? Ou algum problema de saúde relacionado com os seus sentimentos, suas emoções, seu jeito de viver? Como é esse sofrimento ou esse problema? Como ele começou?
- 4- Seu sofrimento (ou sua doença, ou seu problema) traz coisas ruins ou coisas boas para a sua vida? Como são essas coisas?
- 5- Seu tratamento oferece alguma ajuda para esse sofrimento? Ajuda no que?
- 6- Como você acha que essa ajuda é feita ou dada?
- 7- (Se ainda não tiver mencionado o trabalho de referência) No seu tratamento tem trabalho de um profissional ou de uma equipe de referência? Como as pessoas fazem esse trabalho?
- 8- O que você acha desse trabalho? (Se não tiver mencionado: Ele faz alguma diferença no seu tratamento? Qual?)

- 9- (Se não tiver mencionado:) O que você acha que os profissionais têm ou fazem de mais importante quando são seus referências?
- 10- O que seria bom que os profissionais soubessem ou aprendessem para te ajudar mais?

10.6 Documentos de aprovação da realização do campo empírico

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa em nível de doutorado, intitulada “**Uma interface entre a Saúde Coletiva e a Saúde mental: a função do profissional de referência e o manejo clínico**”, que tem por objetivo elaborar uma reconceituação sobre o arranjo profissional de referência na interface entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental.

Declaro estar ciente que a pesquisa, já aprovada no Comitê de Ética da Unicamp, é um subprojeto do projeto **Pesquisa avaliativa da rede de CAPS de Campinas/SP: entre a Saúde Coletiva e a Saúde Mental**, que foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em 2005 e que será desenvolvida junto a trabalhadores, usuários e familiares de usuários dos CAPS de Campinas com coleta de dados através da técnica de Grupo Focal. A pesquisa estará sendo realizada pela pesquisadora **Lílian Miranda**, aluna do curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - nível Doutorado no Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/ UNICAMP, sob a orientação da Professora Doutora Rosana Onocko Campos.


Dr. JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde.

Campinas, 25 de junho de 2007

CEP, 24/07/07.

(**PARECER PROJETO:** Nº 396/2004)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “PESQUISA AVALIATIVA DA REDE CAPS DE CAMPINAS/SP:
ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE MENTAL”**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Onocko Campos

**ADENDO: “UMA INTERFACE ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE
MENTAL: A FUNÇÃO DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA E O MANEJO
CLÍNICO”**


PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Lilian Miranda

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui a realização de entrevista com dois usuários de cada CAPS da cidade de Campinas-SP, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Homologado na VII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de julho de 2007.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

CEP, 24/04/07.

(PARECER PROJETO: Nº 396/2004)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PESQUISA AVALIATIVA DA REDE CAPS DE CAMPINAS/SP:
ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE MENTAL”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Onocko Campos

ADENDO: “UMA INTERFACE ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE MENTAL: A
FUNÇÃO DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA E O MANEJO CLÍNICO”

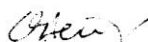
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Lilian Miranda

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou a o Adendo que acrescenta um novo grupo focal visando abordar o tema “Trabalho em Equipe ou Profissional de Referência”, referente ao adendo e protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Homologado na IV Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 24 de abril de 2007.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP



CEP, 25/04/05.
(Grupo III)

2ª VIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925
🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
📧 cep@fcm.unicamp.br

PARECER PROJETO: Nº 396/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “PESQUISA AVALIATIVA DA REDE CAPS DE CAMPINAS/SP: ENTRE A SAÚDE COLETIVA E A SAÚDE MENTAL”
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Rosana Onocko Campos
INSTITUIÇÃO: Rede e Saúde Mental do Município - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
APRESENTAÇÃO AO CEP: 12/08/2004
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 21/09/05

II - OBJETIVOS

Desenvolver instrumentos para avaliação dos novos equipamentos substitutivos em saúde mental na rede SUS.

III - SUMÁRIO

O estudo pretende fazer uma análise dos modelos assistenciais do SUS, via rede de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Avaliando os aspectos relacionados a organização da assistência, o modelo de gestão, as estratégias de desenvolvimento de pessoal. Podendo desta forma fazer um paralelo com o modelo de saúde coletiva aplicado nesta população.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trabalho interessante e importante no que diz respeito a estruturar uma metodologia de avaliação da assistência prestada a saúde mental no município de Campinas. Esta metodologia poderá ser usada para outras atividades. O termo de consentimento livre e esclarecido é adequado.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter

aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.)

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na IX Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 21 de setembro de 2004.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP