

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CENTRO DE ESTUDOS GERAIS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

**A ANÁLISE EM UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO PARTICIPATIVA:
O CASO DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**

Letícia Maria Renault de Barros

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira

Niterói

2015

Leticia Maria Renault de Barros

**A ANÁLISE EM UMA PESQUISA-INTERVENÇÃO PARTICIPATIVA:
O CASO DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira

Niterói

2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

B277 Barros, Leticia Maria Renault de.
A análise em uma pesquisa-intervenção participativa: o caso da
Gestão Autônoma da Medicação / Leticia Maria Renault de Barros. –
2015.
323 f.
Orientador: Eduardo Henrique Passos Pereira.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de
Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.
Bibliografia: f. 294-311.

1. Metodologia da pesquisa. 2. Pesquisa-intervenção. 3. Saúde
mental. 4. Gestão autônoma da medicação. I. Pereira, Eduardo
Henrique Passos. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de
Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira (orientador)
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr^a. Márcia Moraes
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Christian Sade Vasconcelos
Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Virgínia Kastrup
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Analice Palombini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Luciana Caliman
Universidade Federal do Espírito Santo

*À memória de Vera Andrade Pinto Renault
e de minha madrinha Lígia Robalinho Lima*

Agradecimentos

A Eduardo Passos, meu orientador, pelo apoio e compreensão no doutorado e no trabalho de pesquisa-intervenção; pelo incentivo desde o início da minha formação acadêmica.

A Vinciane Despret, minha orientadora na Université de Liège (ULg- Bélgica) durante o período de doutorado-sanduiche, pela acolhida incrivelmente generosa e pela confiança. Sua colaboração foi fundamental para a elaboração da tese. Agradeço toda a ajuda que dedicou a mim e ao meu trabalho.

A Dr Jean-Marie Lemaire, que me apresentou à *Clinique de Concertation* e, de maneira extremamente generosa e acolhedora, deu contribuições fundamentais para meu trabalho.

A todos da *Clinique de Concertation*, que me receberam com disponibilidade e contribuíram muito para meu aprendizado. Agradeço especialmente a Pierre Le Lohé, Marie-Claire Michaud, Emmanuelle Dekeyser, Françoise N'diaye-Feurstoss, Nathalie Duriez, Marie-Christine Deniset, Adeline Coulon-Croix, Anissa Zizani, Elisa Hamel.

Agradeço a acolhida na ULg durante a minha estadia no doutorado-sanduiche e, em especial, a Laurence Bouquiaux, Florence Caeymaex, Julien Pieron, François Dubuisson, Bernard Smette, Delphine Vanneste.

A todos do Club André Baillon, em Liège, pela recepção e pela atenção.

A Emilie Hermant e Valérie Pihet, pelo material que disponibilizaram e por me apresentarem ao fantástico trabalho do *Institut Dingdingdong*.

Aos membros da banca, pela disposição, interesse e dedicação. A Luciana Caliman, por sua parceria, gentileza e carinho. A Analice Palombini, pela atenção cuidadosa e delicada. A Virgínia Kastrup, pelo incentivo e estímulo desde o início da minha vida acadêmica. A Christian Sade, pela parceria no grupo Enativos e pela amizade e companheirismo ao longo de toda a minha formação. A Márcia Moraes, por toda a contribuição para a minha formação e especialmente por sua ajuda preciosa no doutorado, por suas indicações relativas ao estágio no exterior e pelo apoio durante os percalços relativos ao financiamento da pesquisa. Agradeço ainda a Virgínia e Márcia pela participação na banca de qualificação, da qual também participou Sílvia Tedesco, a quem sou grata pelas observações esclarecedoras e pelo estímulo.

Aos integrantes do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, que garantiram a realização da pesquisa ajudando a enfrentar todos os

obstáculos relativos ao seu financiamento. A Rita, secretária do PPG de Psicologia, por toda a ajuda prestada.

Ao grupo *Enativos: Conhecimento e Cuidado*, do Instituto de Psicologia da UFF. Sou extremamente grata a esse grupo por ter me oferecido as bases da minha formação acadêmica. Agradeço especialmente aos participantes desse grupo que compuseram a equipe GAM-BR na UFF e aos componentes do grupo POP Rua, que acompanharam de perto esse trabalho e forneceram indicações preciosas. Júlia Carvalho Ramos, Lorena Guerini, Beatriz Prata, Thaís Mello, Christian Sade, Jorge Melo, Sandro Rodrigues, Paula Milward, Iacã Macerata, José Guilherme Neves Soares, André Miranda contribuíram de maneira fundamental para a realização da pesquisa-intervenção. Agradeço a Sandro e Júlia a participação no dispositivo de análise coletiva da tese. Agradeço a Thaís a colaboração na reta final da tese com os documentos relativos à pesquisa-intervenção. Um agradecimento especial, ainda, a Júlia e a Lorena, que participaram junto comigo do GIF – a companhia de vocês foi fundamental nessa aventura.

A André do Eirado, pelo apoio, confiança e amizade. Sua contribuição à minha formação e ao grupo Enativos dificilmente pode ser mensurada.

Ao grupo *Cognição e Subjetividade*, que contribuiu muito para a tese com as discussões relativas ao tema da análise na pesquisa cartográfica. Agradeço especialmente a Maria Elizabeth Barros de Barros, que me acompanhou em minhas pesquisas sobre o tema. Agradeço a João Leite a indicação das referências bibliográficas. Agradeço também o carinho e a parceria de Fábio Hebert da Silva e Janaína Mariano César.

Ao grupo de orientação coletiva, cujo apoio e compreensão foram muito importantes. Agradeço especialmente a Ruth Torralba, Rafael Dias, Williana Louzada, Tarso Ferrari Trindade, Joana Camelier, Vitor Martins Régis.

A Paula Brum, pelo apoio, disponibilidade e ajuda.

A Izaque Miguel, pela parceria no doutorado e pelo apoio durante o processo de pesquisa-intervenção; suas observações foram muito importantes para a tese. Pelo incentivo, amizade e encorajamento.

A Frank Larøi, professor da ULg, pela atenção e pelas valiosas indicações bibliográficas.

A Ubirajara Almeida de Oliveira, que, além de ser um excelente professor, tornou-se também um grande amigo. A Julien Mazziotta, pela ajuda.

A Thibault De Meyer e Kim Hendrickx, pelas referências e materiais disponibilizados.

A todos os meus amigos, que tão generosamente me apoiaram. Agradeço especialmente a Júlia, Verônica Processi, Juliana Mesquita, Luana Almeida de Moraes, Lidiane Menezes, Isabel Pinto Pimentel por não só compreenderem minhas ausências como, além disso, me incentivarem - vocês são essenciais. A Julia e Jorginho, por tantas alegrias. A Verônica e Thiago Coutinho, por estarem sempre por perto. A Maria Fernanda Bath, por sua amizade preciosa. A Isabella Perseke, amiga desde sempre. A Yuliya Shutyak, pela amizade e pelo apoio, além da ajuda com trechos da tese. A Andy Taitakwong, por seu entusiasmo e atenção. A Ahmed Chebli, por sua generosidade e incentivo, além da indicação de referência bibliográfica importante. A Gueric van Wessem, pelas constantes mensagens de encorajamento. A Henri Anciaux, Ana Lucia Felipe, Clarissa Felipe, Rosemeri Barreto da Costa.

Aos usuários, seus familiares e trabalhadores do CAPS Casarão da Saúde Sebastião Antônio Fernandes, e em especial Leonor, Marli, Onedina, Vera, Edméia, Maria Zilma, Maria José, Adriana, Ana Márcia, Ana Cristina, Mateus, Paulo, Sara, Mônica, Helena.

A minha família. A minha irmã, Márcia, pelo apoio. A meu irmão Pedro e a minha mãe, por tudo.

A CAPES, responsável pelo financiamento de parte do doutorado; a FAPERJ, responsável pelo financiamento da pesquisa-intervenção em São Pedro da Aldeia e do período de doutorado-sanduíche.

RESUMO

Esta tese se dedica ao problema da análise em uma pesquisa-intervenção participativa. No âmbito das metodologias de pesquisa, a análise é geralmente considerada idêntica à “análise de dados”. No caso de uma pesquisa-intervenção participativa, os pressupostos da “análise de dados” se transformam, o que leva a uma maneira diferente de colocar o problema. Para investigar essa questão, a tese explora o trabalho analítico realizado em uma pesquisa-intervenção participativa no seio do Projeto brasileiro da **Gestão Autônoma da Medicação (GAM-BR)**, abordagem em saúde mental que busca transformar práticas ligadas ao uso e à prescrição de medicamentos comumente utilizados em psiquiatria. Trata-se de um Projeto participativo, que conta com a experiência de usuários dos serviços públicos de saúde mental, seus familiares e trabalhadores. A tese aborda especialmente a experiência da GAM em um grupo de familiares em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do interior do Estado do Rio de Janeiro - o GIF (Grupo de Intervenção com os Familiares). As bases metodológicas dessa pesquisa-intervenção foram a abordagem enativa, baseada no conceito de enação de Francisco Varela, e a abordagem cartográfica. Ao longo da tese, além dessas referências, há também uma importante interlocução com o trabalho de Vinciane Despret e suas observações sobre a articulação entre dispositivos de pesquisa e produção de realidades. O dispositivo da *Clinique de Concertation* também serve como fonte de inspiração e esclarecimentos para alguns aspectos do trabalho no GIF. No GIF, a análise não se apresentava como um momento ou etapa do processo de pesquisa-intervenção, nem conduzia ao estabelecimento de uma evidência única. Ela também não era uma tarefa reservada aos pesquisadores universitários. A análise era simultaneamente um modo de produzir conhecimento e um modo de cuidar. A tese aponta algumas pistas para o trabalho da análise examinando suas relações com as atividades de pesquisa, de intervenção e de participação. Tais pistas permitem caracterizar a análise como uma atitude que atravessa todo o processo de pesquisa-intervenção, promovendo a proliferação de sentidos, a articulação entre diferentes versões para os problemas e a inclusão da heterogeneidade.

Palavras-chave:

análise; metodologia de pesquisa; pesquisa-intervenção; saúde mental; gestão autônoma da medicação

RÉSUMÉ

Cette thèse est dédiée au problème de l'analyse dans une recherche-intervention participative. Dans le cadre des méthodologies de recherche, l'analyse est plus généralement considérée identique à « analyse des données ». Dans le cas d'une recherche-intervention participative, les hypothèses de « l'analyse des données » se modifient, ce qui mène à poser le problème d'une manière différente. Pour investiguer cette question, la thèse s'appuie sur le travail analytique mené dans une recherche-intervention participative au sein du Projet brésilien de la **Gestion Autonome de la Médication (GAM-BR)**, approche en santé mentale qui vise à transformer les pratiques d'usage et prescription des médicaments couramment utilisés en psychiatrie. Il s'agit d'un Projet participatif, qui compte sur les expériences des usagers des services publics de santé mentale, les membres de ses familles et les professionnels intervenants. La thèse porte particulièrement sur l'expérience de la GAM dans un groupe de membres de familles d'un Centre d'Attention Psychosociale (CAPS) en province de Rio de Janeiro – le Groupe d'Intervention de Membres des Familles (GIF). Les fondements méthodologiques de cette recherche-intervention ont été l'approche enactive, basée sur le concept d'enaction de Francisco Varela, et l'approche de la cartographie. En outre, il y a un dialogue important avec le travail de Vinciane Despret et ses observations sur l'articulation entre dispositifs de recherche et production de réalité. Le dispositif de la *Clinique de Concertation* est également une source d'inspiration et a permis d'éclaircir plusieurs aspects du travail au GIF. Dans le GIF, l'analyse ne se présentait pas comme un moment donné ou une étape du procès de recherche-intervention. Elle ne conduit pas non plus à une seule évidence. De plus, l'analyse n'était pas une tâche réservée aux chercheurs universitaires. L'analyse était en même temps un mode de production de connaissance et un mode de soin. La thèse indique quelques pistes du travail de l'analyse en examinant ses relations avec les activités de recherche, d'intervention et de participation. Ces pistes permettent de caractériser l'analyse comme une attitude qui traverse tout le processus de la recherche-intervention, en soutenant la prolifération de sens, l'articulation entre différentes versions des problèmes et l'inclusion de l'hétérogénéité.

Mots clés: analyse; méthodologie de recherche; recherche-intervention ; santé mentale ; gestion autonome de la médication

Lista de siglas mais utilizadas

ARUC	Alliances de Recherche Universités-Communautés (ou, em português, Alianças de Pesquisa Universidades-Comunidades).
ARUCI-SMC	Alianças de Pesquisa Universidades-Comunidades - Saúde Mental e Cidadania
ASSAMESPA	Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de São Pedro da Aldeia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GAM-BR	Versão brasileira da GAM
Guia GAM-BR	Guia da Gestão Autônoma de Medicamentos (versão brasileira). Durante o processo de validação do Guia, utilizamos a versão traduzida que passou pela pesquisa-intervenção participativa de adaptação do Guia original canadense.
GI	Grupo de Intervenção, e suas variantes:
GIU	Grupo de Intervenção com Usuários
GIF	Grupo de Intervenção com Familiares
	(ambos contavam também com a presença de pesquisadores-universitários e trabalhadores do serviço)
GN	Grupo Narrativo
RT	Residência Terapêutica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Introdução	12
1. Um panorama da experiência com o GIF	23
1.1. A construção do problema de Doutorado	23
1.2. O GIF.....	33
2. Análise e pesquisa	64
2.1. Um ponto de partida: a Biologia do Conhecimento de Francisco Varela.....	67
2.2. Multiplicando sentidos.....	114
3. Análise e intervenção.....	144
3.1. O medicamento	158
3.2. Manejo e corresponsabilidade.....	209
4. Análise e participação	242
Epílogo.....	275
Observações finais	288
Referências bibliográficas.....	294
ANEXO I.....	312
ANEXO II.....	313
ANEXO III.....	315
ANEXO IV.....	319
ANEXO V.....	320

Introdução

O objetivo desse trabalho é explorar e discutir o problema da análise em uma pesquisa-intervenção participativa em saúde mental. O termo “análise” é bastante polissêmico. No dicionário Houaiss¹, diferentes significados são apresentados:

- a) fazer análise de; separar (um todo) em seus elementos ou partes componentes;
- b) investigar, examinar minuciosamente; esquadrinhar, dissecar;
- c) submeter à crítica; criticar, comentar;
- d) realizar a análise, a avaliação de outrem ou de si próprio;
- e) em linguística: decompor (uma unidade linguística de qualquer nível) nos seus elementos constitutivos para descrevê-los e classificá-los

Muitas vezes, esses significados se sobrepõem e, em linguagem corrente, deslizamos de um sentido a outro muito rapidamente. *Investigar*, se torna, assim, quase um sinônimo de *avaliar*; *criticar* evoca *separar em elementos*, e assim por diante.

No âmbito das metodologias de pesquisa, a “análise” é geralmente tida com idêntica à “análise de dados”, isto é, a um procedimento que dá sentido ao que foi obtido ao longo do processo de pesquisa. Nesse contexto, a análise é condição para a produção de conhecimento. No entanto, também aqui os significados correntes da análise se fazem presentes, ainda que estejam sob a influência das conotações acadêmicas e científicas.

Quando se trata de metodologias de pesquisa qualitativas no âmbito da saúde, não há evidência ou consenso a respeito do que significa um “dado”, nem a respeito do que significa produzir conhecimento. Segundo Minayo (2010), a análise nesse contexto vai depender, em grande medida, das diferentes correntes de pensamento a que se filia o pesquisador. Assim, os procedimentos para a realização da “análise de dados” vão variar bastante. Minayo cita como exemplo três grandes abordagens amplamente utilizadas nas pesquisas em saúde: a análise de conteúdo, elaborada por Laurence Bardin e sintetizada em seu livro “*Análise de Conteúdo*” em 1977; a análise de discurso, que tem como expoente Michel Pêcheux (1938-1983); e a análise

¹ HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001.

hermenêutica-dialética, proposta por Jürgen Habermas (1929-) em diálogo com Hans-Georg Gadamer (1900-2002).

Ao mesmo tempo, o termo “análise” em psicologia evoca um tipo específico de intervenção: para muitas psicoterapias individuais, de grupo ou institucionais, a análise é equivalente ao trabalho terapêutico a ser realizado. A análise está a serviço do cuidado. Aqui, as referências não são mais as da “análise de dados” e a noção de produção de conhecimento é outra.

Aparentemente, a “análise em pesquisa” e a “análise em intervenção” estão em campos separados na psicologia. Ainda que comportem analogias e aproximações, raramente uma faz referência à outra. Os pesquisadores, em sua grande maioria, não se sentem obrigados a se reportar ao tema do cuidado, senão de maneira colateral; os psicoterapeutas, por sua vez, raramente veem utilidade em lançar mão das categorias de pesquisa ou dos procedimentos de análise de dados (ainda que produzam conhecimento e o sistematizem segundo suas próprias preocupações).

Há, no entanto, pelo menos uma ocasião onde esta presumida separação entre os sentidos de análise é evidentemente posta em xeque: é o caso das pesquisas-intervenção. Simultaneamente interessadas em produzir conhecimento e promover algum tipo de transformação, as pesquisas-intervenção exercem um impacto sobre as definições mesmas de “pesquisa” e de “intervenção”. Elas desafiam a ideia de que *pesquisar* e *intervir* sejam atividades fundamentalmente separadas e que podem (ou não) se justapor.

Para explorar o tema da análise a partir de uma situação concreta de pesquisa-intervenção, a tese vai abordar a experiência do Grupo de Intervenção com Familiares (GIF) na pesquisa-intervenção de validação da versão brasileira do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (Guia GAM-BR). Trata-se de uma pesquisa-intervenção participativa realizada pelo grupo Enativos² da UFF em parceria com o CAPS Casarão da Saúde Sebastião Antônio Fernandes, localizado no Município de São Pedro da Aldeia, interior do Estado do Rio de Janeiro. Para esclarecer de que trata essa pesquisa-intervenção participativa e como ela serve para explorar o tema da análise, cabe uma breve apresentação do Projeto da **Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**.

² O grupo **Enativos: Conhecimento e Cuidado** está situado no Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense e é atualmente coordenado pelo professor Eduardo Passos, tendo contado, durante muitos anos, com a coordenação também do professor André do Eirado, ambos professores do Instituto. O termo “enativos” faz referência ao conceito de enação, elaborado por Francisco Varela (1994).

A GAM (RODRIGUEZ; POIREL, 2007) é uma estratégia de abordagem no campo da saúde mental originada no Canadá, a partir de movimentos sociais de usuários das redes de serviços alternativos³. Em 1999, o RRSAMQ⁴, em parceria com a AGIDD-SMQ⁵, foi responsável pela construção do Guia GAM⁶, um instrumento voltado ao usuário de medicamentos psiquiátricos com o objetivo de ampliar sua compreensão dos efeitos da medicação sobre múltiplos aspectos de sua vida e aumentar seu poder de negociação com a equipe de saúde. A GAM tem um caráter de franca contestação às abordagens de saúde mental exclusivamente baseadas no modelo biomédico, isto é, abordagens que buscam causas unicamente orgânicas para os sofrimentos com os quais deparam e que privilegiam o tratamento medicamentoso em detrimento de uma clínica psicossocial. No Canadá, a GAM é um movimento com predominante participação de usuários, contando com a colaboração de profissionais na sua maioria não médicos (o que constitui, como veremos, uma diferença significativa em relação ao trabalho que veio a ser realizado no Brasil). O Guia canadense se insere neste movimento de contestação do modelo exclusivamente biomédico de tratamento e é uma ferramenta para por em cena a possibilidade de redução ou interrupção do tratamento medicamentoso.

No Brasil, o processo da Reforma Psiquiátrica, a despeito de todos os seus significativos avanços, ainda não enfrentou de maneira mais contundente os problemas gerados pelas formas de gestão dos medicamentos psiquiátricos nos serviços de saúde mental. Ora há situações de hipermedicalização, ora há o problema da falta de medicamentos em determinados serviços ou em determinados municípios. Nos dois casos, impõe-se uma decisão forçada quanto ao tratamento medicamentoso, em que a experiência vivida pelo usuário não é efetivamente levada em consideração. Há pouca reflexão sobre o lugar ocupado pela medicação no tratamento em saúde mental e poucos espaços de discussão acerca do tema - sobretudo espaços que envolvam os usuários. Por isso, entendendo o tema da medicação como um ponto cego da Reforma Psiquiátrica brasileira, decidiu-se adaptar a abordagem canadense da GAM à nossa realidade por meio de um Projeto multicêntrico.

³ Para uma história da GAM no Canadá, ver <http://www.rasmq.com/gam.php>; consultar também: <http://www.rasmq.com/historique.php>. Cf. ainda <http://www.aruci-smc.org/fr/projets/politiques-services-pratiques-axe-2/approfondissement-gam/#c118>

⁴ **Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec**, organismo com fins não-lucrativos que reagrupa diversos organismos comunitários no Québec.

⁵ L'Association des groupes pour la défense des droits en santé mentale du Québec

⁶ Gestion autonome de La médication de l'âme – Mon Guide Personnel

Esse Projeto de adaptação da GAM para o Brasil se deu por meio do Programa ARUC (Alianças de Pesquisa Universidades-Comunidades)⁷. Trata-se de um programa criado em 1999 pelo Conselho de pesquisa em Ciências Humanas do Canadá (CRSH) para apoiar a criação e a consolidação de parcerias entre instituições de nível superior e organizações comunitárias. Esse programa pretende estabelecer, apoiar e aprofundar as trocas entre competências acadêmicas na área de ciências humanas e as competências baseadas na experiência prática.

O Projeto GAM-BR se desenvolveu no âmbito da ARUCI-SMC (Alianças de Pesquisa Universidades-Comunidades - Saúde Mental e Cidadania), em parceria com a Université de Montréal. Trata-se de uma aliança que reúne pesquisadores e colaboradores no Canadá e no Brasil com objetivo de “combater a exclusão das pessoas que vivem com graves problemas de saúde mental e fazer avançar pesquisas inovadoras centradas sobre as perspectivas dessas pessoas”⁸.

A GAM-BR se constituiu como um projeto multicêntrico, contando com a participação de pesquisadores universitários da UFF, UNICAMP, UFRJ e UFRGS (ONOCKO CAMPOS; PASSOS; LEAL; TÓFOLI; SERPA, 2009). Em cada um desses centros, participaram também usuários e trabalhadores de diferentes serviços de saúde mental. A coordenação do Projeto é realizada pela professora Rosana Onocko Campos (UNICAMP).

Nos anos de 2009 e 2010, o Projeto GAM-BR foi responsável pela tradução e adaptação do Guia de Gestão Autônoma de Medicamentos (Guia GAM) para o Brasil (ONOCKO CAMPOS *et al*, 2012). A partir de uma tradução do Guia canadense, realizaram-se grupos de intervenção (GIs), dos quais participavam pesquisadores universitários, usuários e trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em cada um dos mencionados centros de pesquisa no Brasil. Esse trabalho foi realizado nas cidades de Rio de Janeiro (RJ), Novo Hamburgo (RS) e Campinas (SP). Na UFF, esta fase do projeto GAM-BR foi realizada através do Projeto *Autonomia e direitos humanos na experiência em primeira pessoa de técnicos e usuários em serviço de saúde mental: a experiência da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)*⁹, que enfatizou os efeitos da experiência nos GIs sobre a temática dos direitos dos usuários e da autonomia (FAPERJ, 2009).

⁷ Cf. <http://www.aruci-smc.org/fr/>

⁸ Fonte: <http://www.aruci-smc.org/pt/apresentacao/>

⁹ Pesquisa realizada com o apoio da FAPERJ.

Os GIs permitiram uma leitura e discussão críticas da versão preliminar do Guia traduzido, com o objetivo de construir coletivamente um Guia pertinente ao cotidiano brasileiro. Os GIs constituíam, portanto, grupos heterogêneos, nos quais conviviam e se encontravam pontos de vista bastante diferentes sobre as questões propostas pelo Guia. Diversas sugestões de modificação do Guia foram realizadas nessa etapa da pesquisa-intervenção. Ao mesmo tempo, foi se constituindo uma maneira peculiar de utilização da ferramenta, que colaborou na consolidação dos dispositivos dos GIs. Esse modo de trabalho peculiar no dispositivo será discutido ao longo da tese. Por ora, é importante acentuar que a pesquisa voltada à adaptação do Guia GAM supunha a inclusão da heterogeneidade de pontos de vista e a participação ativa daqueles que com ela se envolviam. Tratava-se, portanto, de uma pesquisa participativa.

Cabe apontar, ainda, que o trabalho de adaptação do Guia GAM exigiu transformações significativas da versão canadense do Projeto visando à sua adequação à realidade cultural brasileira, tanto em relação ao texto do Guia, quanto em relação ao próprio dispositivo, visto que, no Brasil, procurou-se apostar na experiência coletiva de discussão incluindo os trabalhadores dos serviços (no Canadá, como vimos, a ênfase recaía no trabalho realizado pelos próprios usuários). Historicamente, o projeto de Reforma Psiquiátrica brasileira esteve em sintonia com o processo de Reforma Sanitária, que contou com o protagonismo de médicos e sanitaristas (AMARANTE, 2007). A constituição do SUS e, posteriormente, a criação dos CAPS como espaços de referência para o cuidado em saúde mental indicam que a rede pública de saúde é, no Brasil, um espaço privilegiado para os questionamentos que no cenário canadense transcorrem à margem do Estado.

Tais mudanças no Projeto, advindas do processo de pesquisa realizado em 2009-2010, demandaram uma nova fase de investigação, relativa, dessa vez, à validação do instrumento e do dispositivo GAM. A partir de 2011, realizou-se mais uma vez, nos diferentes centros, novos GIs para consolidação do trabalho que fora feito até então. Uma das motivações para esta nova fase da pesquisa-intervenção foi a emergência de alguns elementos cruciais para o Projeto durante o processo de adaptação do Guia. Constatou-se, durante a adaptação, que o uso da medicação psiquiátrica no Brasil convoca imediatamente os familiares dos usuários para o debate. Na grande maioria dos casos, eles desempenham um papel fundamental no cuidado com a medicação e nas decisões relativas ao tratamento. A validação do Guia e do dispositivo GAM dependia de uma inclusão dos familiares no cerne do Projeto.

Na UFF, portanto, o Projeto de validação do Guia GAM-BR previu também a realização de um trabalho intensivo com os familiares. Eles não mais participariam apenas de grupos focais, realizados pontualmente ao longo do processo (estratégia que vinha sendo utilizada até então). Previmos a realização de um GI também com os familiares, a que denominamos GIF (Grupo de Intervenção com os Familiares), uma inovação para o projeto GAM até aquele momento.

Tal fase da Pesquisa se deu na UFF através do Projeto *Autonomia e direitos humanos: validação do Guia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM)*¹⁰, entre os anos de 2011 e 2013. O Projeto se desenvolveu no CAPS da cidade de São Pedro da Aldeia, interior do Estado do Rio de Janeiro.

Constatamos ao longo desse processo de pesquisa-intervenção que a adaptação e validação do Guia dependiam da inclusão das diferentes experiências em torno da medicação psicofarmacológica: o uso, a prescrição, o acompanhamento dos efeitos por parte de profissionais, familiares, amigos... Ou seja, o trabalho da GAM subtende que o tema da medicação em saúde mental não pode ser compreendido a partir de uma perspectiva distanciada, baseada tão somente em dados estatísticos ou representações abstratas. Para compreender o que se passa no processo de uso e prescrição de psicofármacos, é preciso acessar a experiência efetivamente vivida pelas pessoas envolvidas – daí a importância dos grupos de intervenção e do papel de protagonistas que os participantes desempenham nestes grupos.

Diante disso, a realização do Projeto GAM na UFF se valeu da discussão metodológica, desenvolvida pelo grupo Enativos, em torno do problema do acesso à experiência nas pesquisas em psicologia. O primeiro capítulo da tese aborda minha inserção no grupo Enativos; o primeiro tópico do segundo capítulo trata do conceito de enação e da estratégia enativa de pesquisa, explorando a relação entre as chamadas “metodologias de pesquisa em primeira pessoa” e o Projeto GAM.

Durante o processo de adaptação do Guia, o trabalho de análise na pesquisa-intervenção estava baseado sobretudo na realização de Grupos Narrativos (GNs). Com inspiração na metodologia de análise hermenêutica-dialética, os grupos narrativos previam a leitura coletiva de narrativas da experiência dos grupos, construídas a partir da extração de “núcleos argumentais” (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008; ONOCKO CAMPOS, 2011). Os núcleos argumentais eram frases ou conjuntos de

¹⁰ Pesquisa realizada com o apoio da FAPERJ.

frases que portavam alguma tentativa de explicação em torno de um dado tema – trechos que expressassem a “tessitura da intriga”, segundo Onocko Campos e Furtado (2008), em referência ao trabalho de Paul Ricœur (1913-2005). As narrativas contendo os núcleos argumentais eram apresentadas aos participantes dos grupos, com a função de validar os dados e produzir efeitos de intervenção.

No caso do GIF, contudo, os grupos narrativos não puderam ser realizados com a regularidade prevista no Projeto. Isso significava que a análise não estava acontecendo? Como veremos ao longo da tese, a realização do GIF nos obrigou a formular entendimentos adicionais acerca do trabalho analítico. Ainda que os procedimentos que utilizávamos pudessem, de certo modo, ser encarados como narrativas não formalizadas, a estratégia de que lançávamos mão no dia-a-dia dos encontros no GIF não era a extração de núcleos argumentais. Isso nos impôs o trabalho de reflexão e compreensão acerca do trabalho de análise na pesquisa-intervenção que realizávamos na UFF, que acompanhava o trabalho de análise a partir das narrativas. A tese procura enfrentar o problema de descrever o que acontecia, em termos analíticos, no cotidiano dos encontros do GIF.

A tese se dedica, portanto, a explorar o que significa “analisar” em um Projeto que visa simultaneamente à produção de conhecimento e à transformação de realidades. O Projeto GAM-BR é uma pesquisa participativa, voltada a experiências, de modo que a ele não bastam os dados supostamente objetivos, frutos de uma posição investigativa que se pretende independente de seu objeto de pesquisa. No Projeto GAM, pesquisa e intervenção estão intrinsecamente entrelaçadas. Tal entrelaçamento promove uma transformação dos significados que os termos “pesquisa” e “intervenção” assumem na tradição majoritária em psicologia.

Compreender a análise nesse contexto significa, desse modo, compreender também o que significam “pesquisar”, “intervir” e “participar”, as principais atividades em jogo no Projeto GAM-BR, uma **pesquisa-intervenção participativa**. Assim, a tese se estrutura de maneira a dedicar um capítulo a cada uma dessas atividades e à sua relação com o trabalho da análise.

Ao longo da tese, as referências à obra de Francisco Varela (1989; 1991; 1994; 1995) serão de fundamental importância. Ao lado das referências ao método cartográfico (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014), elas compõem a base metodológica do Projeto GAM-BR em São Pedro da Aldeia.

Outra referência central é a obra de Vinciane Despret (1999; 2004a; 2009, 2011a; 2011b). A articulação entre pesquisa e intervenção tem um lugar muito importante em seu trabalho, que serviu como ponto de apoio para grande parte dos argumentos desenvolvidos na tese.

Ao longo da tese, há também constantes menções aos dispositivos de *Clinique de Concertation* (LEMAIRE, 2010; MANIGLIER, 2006; DEKEYSER, 2009; COLLECTIF DE RECHERCHE DE LA CLINIQUE DE CONCERTATION, 2010-2011)¹¹. Tais dispositivos foram iniciados em 1996 por Dr Jean-Marie Lemaire e diversos clínicos que se dedicam ao trabalho *com* e *em* rede. Suas principais referências são: a Terapia Contextual de I. Boszormenyi-Nagy (1920-2007), que dá ênfase à ética relacional como dimensão do trabalho clínico; o trabalho de J. L. Moreno (1889-1974), psiquiatra e psicossociólogo de origem romena que fundou o psicodrama, um dos fundadores da psicoterapia de grupo; e o trabalho de W. K. Bion (1897-1979), psicanalista britânico pioneiro da psicoterapia de grupo e da psicanálise grupal. A *Clinique de Concertation* desenvolve atualmente atividades em diversos países (Bélgica, França, Argélia, Itália, Suíça), tendo atuado também, desde 1996, em Kosovo, Albânia, Bósnia e Croácia. A *Clinique de Concertation* se interessa pelo trabalho coletivo em rede, atentando para as formas de partilha de responsabilidades entre os profissionais, associações, serviços e instituições¹². Para isso, tal abordagem coloca em cena dispositivos que se aliam à abertura e apostam na expansão das redes, não separando cuidado/ atenção e gestão¹³. Tais dispositivos se valem, assim, de uma “methodologie non rigide mais rigoureuse” (LEMAIRE. VITTONNE; DESPRET, 2003)¹⁴. Os pontos de contato entre o Projeto GAM, tal como o realizamos no GIF, e a *Clinique de Concertation* são numerosos; muitos aspectos dessa abordagem clínica iluminaram o trabalho que realizamos em São Pedro da Aldeia e influenciaram fortemente a argumentação da tese.

Cabe apontar, ainda, que o trabalho de Despret (2011b) e Lemaire (2013) influenciaram na decisão de, ao longo da tese, não utilizar o anonimato para fazer

¹¹ Cf. também o site <http://concertation.net/>

¹² “Un des objectifs visés était de déconfisquer les pratiques thérapeutiques, et de reconnaître, valider la portée thérapeutique du «travailler ensemble», notamment dans le travail de réseau activé par les familles en détresses multiples. Un travail dans lequel on ne saurait identifier clairement «la propriété de l’efficacité» (...)” (DEKEYSER, 2009, p.4).

¹³ “L’organisation du travail d’aide, de soin, d’éducation et de contrôle devient thérapeutique quand elle n’est plus séparée du travail d’aide, de soin, d’éducation et de contrôle” (LEMAIRE. VITTONNE; DESPRET, 2003, p. 7)

¹⁴ Optamos por preservar ao longo da tese a versão original dos textos em língua estrangeira.

referência aos participantes da pesquisa. Despret (2011b) sublinha que a questão do anonimato, tanto nas pesquisas quanto nas práticas terapêuticas, é um problema que “solucionamos” talvez cedo demais. Assumimos o pressuposto do anonimato em nossas pesquisas sem questionarmos seriamente as razões pelas quais o fazemos. O mesmo acontece com o sigilo profissional nas práticas terapêuticas: consideramos de maneira relativamente irrefletida que o sigilo serve para “proteger o paciente”. Contudo, quando examinamos mais detidamente a questão, vemos que o sigilo está muito mais a serviço do profissional (pesquisador ou terapeuta) do que a serviço daquele que é supostamente protegido. É o profissional quem decide, é ele quem está autorizado a “guardar segredo” em relação ao que sabe. Esse poder o leva a privilegiar determinados tipos de informação em detrimento de outros e a se engajar em determinadas práticas de circulação da informação cujos efeitos nem sempre são terapêuticos, mas que, apesar disso, seguem sem ser questionadas¹⁵.

Em um trabalho participativo, a decisão acerca do *quê* é dito e de *como* é dito não pode ficar apenas nas mãos do profissional. Essa escolha não pode ser realizada de antemão, antes de qualquer reflexão ou conversa sobre o assunto. No caso do trabalho com o GIF, familiares e trabalhadores do CAPS eram os coautores da pesquisa, da mesma maneira que os pesquisadores universitários. Não era possível, portanto, assumir de saída que apenas os nomes dos últimos deveriam aparecer na tese. Essa decisão foi fruto de discussão com os participantes da pesquisa (*cf.* Epílogo), exigindo um esforço conjunto de reflexão sobre o tema. Não se tratava, portanto, de adotar automaticamente uma posição ou outra (utilizar ou não o anonimato), aplicando-a como uma regra generalizável, mas sim de aproveitar a ocasião para refletirmos coletivamente sobre o trabalho.

Refletir sobre o tema do sigilo e do anonimato foi fundamental para a discussão sobre a participação ao longo da tese. Tal esforço de reflexão perseguiu o que a filósofa Emilie Hache denominou “thinking ‘under the test of the presence’” (STENGERS; DESPRET & collective, 2014, p. 133). Foi, também, um esforço próximo à indicação de um dos três princípios reguladores da *Clinique de Concertation*: “Parler comme si les personnes dont nous parlons et qui ne sont pas là étaient présentes. Être vigilants les uns

¹⁵ La circulation de la parole dans le réseau pose la question de la sélection de l’information, et notamment de la place du secret professionnel. Il s’agit de réfléchir à la manière dont chaque professionnel se sent responsable et engagé en prenant, en sélectionnant, en transformant et en faisant circuler l’information. (LEMAIRE, 2013, p. 23).

vis-à-vis des autres, avec tact et délicatesse, pour construire un parler respectueux de tous ”¹⁶.

Os participantes da pesquisa foram, a começar pelos familiares: Izaura Alves da Silva; Marli Gonçalves dos Santos; Leonor Souto de Oliveira Lima; Maria Zilma De Souza Porto; Alípio; Vera Leal; Maria José Iannie Victorio; Rosinete Maria de Oliveira Ramalho; Onedina; Edméia; Cláudio de Andrade Camargo; Osvaldina Gomes da Silveira; Alcides; Gercina; Célia; Marlene; Luis Carlos; Ciléia; Maria; Teresa; Kátia, Miriam; Cremilda; Paulo; Maria; Ilva; Márcia. Os trabalhadores que compuseram o GIF foram Maria Helena Marinho; Rosemary Calazans Cypriano; Bruno Leonardo Oliveira Santos; Eliane; Fátima Ribeiro Guimarães e Mônica Penna Firme de Sá. Contamos frequentemente com a ajuda de Sara da Hora Ferreira da Silva, participante do GIU. Tadeu Freire e Flávia Soares nos ofereceram apoio importante durante o acompanhamento da linha de cuidado. Renata Figueiredo participou dos encontros de apoio e esteve presente no dispositivo de análise coletiva da tese (*cf.* Epílogo). A participação de Marcela Freire, gestora durante parte do período de realização da pesquisa-intervenção, também foi importante para viabilizar o GIF. Os pesquisadores-universitários foram Lorena Guerini e Julia Carvalho Ramos, que estiveram comigo durante a realização do GIF; Jorge Melo, Paula Milward Maggi e Sandro Rodrigues, que eram os pesquisadores universitários do GIU; Beatriz Prata, Thais Mello e Christian Sade, que compunham a equipe GAM na UFF. Iacã Macerata, José Guilherme Neves Soares, André Miranda eram os pesquisadores de outro Projeto de pesquisa-intervenção (o POP-Rua) que utilizava metodologia de trabalho muito próxima à que utilizávamos na GAM e também compunham o grupo Enativos. Todos esses pesquisadores-universitários participavam das supervisões semanais do trabalho e contribuíram para as análises do/no GIF.

A tese está estruturada da seguinte maneira: o **capítulo 1** apresenta, em panorama, a construção do problema de Doutorado e a experiência com o GIF, narrando minha inserção no grupo de pesquisa Enativos e no projeto GAM; o **capítulo 2** trata da relação entre análise e pesquisa; o **capítulo 3**, da relação entre análise e intervenção; o **capítulo 4**, por fim, aborda a relação entre análise e participação. Após as **Observações finais**, o **Epílogo** narra os encontros que aconteceram ao fim da redação da tese para a realização de dispositivos de análise coletiva deste trabalho.

¹⁶ *Cf.* <http://concertation.net/>

Ao longo da tese, faço constantes referências ao Guia GAM-BR, que, em sua versão já validada, está disponível para consultas no seguinte endereço: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/guia_da_gestao_autonoma_da_mediacao.pdf

1. Um panorama da experiência com o GIF

1.1. A construção do problema de Doutorado:

A experiência em que se apoia este estudo da análise em uma pesquisa-intervenção participativa é a de validação do Guia Brasileiro de Gestão Autônoma de Medicamentos (Guia GAM-BR) em um grupo de intervenção com pesquisadores universitários, familiares e trabalhadores do CAPS Casarão da Saúde Sebastião Antônio Fernandes (ou, simplesmente, Casarão da Saúde), no Município de São Pedro da Aldeia, estado do Rio de Janeiro. O trabalho com este grupo de intervenção, o GIF, durou aproximadamente dois anos. Foram quase 90 encontros com o grupo, além de outros encontros com a rede de trabalhadores do município, com outros pesquisadores do Projeto GAM-BR e supervisões semanais para os pesquisadores universitários. Ao longo deste trabalho, vamos nos debruçar sobre alguns desses encontros, ou sobre algumas falas dos participantes do grupo, que nos ajudem a aprofundar as discussões que realizaremos ao longo da tese. Essas falas, detalhes singulares ao longo dos muitos encontros, são de enorme importância para todo o trabalho e muitas vezes expressam, como que de maneira sintética, todo o movimento do grupo. Durante a pesquisa, chamamos a esse fenômeno “contração” (SADE; RENAULT; MELO; PASSOS, 2013): contrai-se um grupo, isto é, ele se constrói, não é um dado pronto ou um mero resultado da reunião de diferentes indivíduos. A contração que faz surgir o grupo é, ao mesmo tempo, um efeito de contágio entre os participantes, um movimento de aglutinação e também uma síntese. Tal como na contração gramatical, mais de uma palavra ganha expressão de uma só vez, sob a forma de uma só palavra que as condensa. Também assim é a contração de um grupo: uma só fala de um participante pode expressar toda a história do grupo e as múltiplas perspectivas que o compõem.

Ainda assim, pode ser útil não perder de vista que o trabalho de intervenção estendeu-se durante dois anos, contando com uma temporalidade própria e movimentos de extensão relativamente larga – altos e baixos, contrações e descontrações – que são o pano de fundo de cada uma dessas pequenas histórias que surgirão ao longo da tese. Há um panorama geral cujo foco pode não ser tão preciso quanto o das histórias que se seguirão, mas que se complementa à sua singularidade. Essa perspectiva mais ampla é útil para o exercício de deslocamento de ponto de vista ou, como indica a abordagem da

Clinique de Concertation (MANIGLIER, 2006), para a mudança de escala que está na base de transformações terapêuticas e do ganho de autonomia.

Um ponto de partida, talvez um tanto arbitrário, é o plano de realizar um grupo com os familiares no Projeto GAM-BR. Pode ser útil, ainda, contar com algumas informações sobre o percurso do grupo de pesquisa e meu próprio percurso como pesquisadora para compreender que tipo de questões trazíamos na bagagem ao começarmos o trabalho de pesquisa-intervenção.

Durante o Projeto de Adaptação do Guia GAM-BR no estado do Rio de Janeiro, o grupo de pesquisa se deu conta de que o debate sobre a medicação sempre envolvia de algum modo o familiar. Na grande maioria dos casos, o familiar era a pessoa responsável pelo cuidado com a medicação no dia-a-dia, quando o usuário dos medicamentos não estava nos serviços de saúde. A realização dos GIs com os usuários¹ nesta etapa da pesquisa deixava transparecer a importância que os familiares tinham para os usuários no que se referia ao cuidado com a medicação – os pais, os irmãos e sobretudo as mães eram as pessoas que os lembravam de tomar os remédios e garantiam que eles respeitassem o horário tido como mais indicado. Além dos GIs, nesta etapa da pesquisa foram realizados também grupos focais com os familiares para avaliação do impacto da intervenção GAM-BR². Em ambas as situações, parecia-nos impossível realizar a discussão sobre a autonomia no tratamento medicamentoso sem uma referência constante aos familiares. Ora eles eram um grupo que viam na medicação um

¹ O termo « usuário » é controverso. Ele é caro à Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois faz referência não a uma *identidade*, mas a uma *situação*, na qual o indivíduo é ativo (faz uso de um serviço de saúde – no caso, de um serviço de saúde mental). Amarante (2007) aponta que essa denominação aparece desde 1990 na legislação do SUS (leis 8.080/90 e 8.142/90) e ainda que ela ofereça um deslocamento de sentido em relação à ideia de passividade implícita no termo “paciente”, o termo “usuário” vem sofrendo críticas no campo da saúde mental pelo fato de manter uma definição do sujeito a partir de sua relação com o sistema de saúde. É importante considerar, ainda, que na linguagem corrente, “usuário” geralmente se associa àquele que faz uso de substâncias ilícitas (“usuário de drogas”), sentido esse que têm ressonância com o trabalho da GAM. A *Clinique de Concertation* utiliza uma interessante e provocadora denominação (« personnes bénéficiant d’un diagnostic de pathologie psychiatrique sévère »), que obriga a uma reflexão sobre o próprio uso das categorias diagnósticas e o sentido pragmático das nomenclaturas que utilizamos, além de evitar um termo único, por demais simplificador. Ao longo deste trabalho, escolhi utilizar o termo “usuário” por duas razões principais: a primeira, por ser um termo que consta em algumas passagens do próprio Guia GAM-BR (apesar de não ser um termo de presença majoritária no Guia, que, em geral, abre mão de qualquer classificação dirigindo-se diretamente ao leitor). A segunda razão é o fato de ser esse o termo escolhido pela maior parte das associações brasileiras em saúde mental, mostrando ser, atualmente, uma denominação capaz de reunir as pessoas em coletivos criativos e em um contexto de exercício dos direitos e da cidadania (esse é o caso, inclusive, da ASSAMESPA – Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de São Pedro da Aldeia). Sobre a controvérsia das nomenclaturas em saúde (paciente, cliente, usuário), conferir também o debate no blog da Política Nacional de Humanização: <http://www.redehumanizausus.net/60231-usuario-cliente-ou-paciente>.

² Cf. Instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recurso humanos – CNPq – Relatório Final.

recurso contra o medo que sentiam dos usuários, ora eram vistos como um grupo que impedia a autonomia dos usuários, sendo identificados à tutela e ao controle, ora ainda eram vistos – sobretudo pelos trabalhadores – como rede de apoio dos usuários e, por isso, figuras fundamentais no tratamento. Além disso, os pesquisadores ouviam com frequência que os familiares tomavam todo o tipo de decisão relativa ao tratamento medicamentoso, como, por exemplo, esconder a bula dos usuários por acharem que sua leitura lhes seria prejudicial. Ainda mais impactantes eram as conversas ouvidas pelos corredores, nas quais ficava claro que os familiares muitas vezes medicavam seus parentes sem lhes informar sobre isso, escondendo a medicação nas refeições. Portanto, os familiares eram participantes fundamentais nas decisões acerca da medicação e peças-chave para a discussão acerca da autonomia dos usuários.

Na primeira fase da pesquisa, de adaptação do Guia, a metodologia de análise dos dados foi a de extração de núcleos argumentais a partir das narrativas e transcrições dos grupos focais realizados. Nesta ocasião, a presença do familiar mostrou-se tão significativa para discussão dos medicamentos que pareceu-nos, frente à própria metodologia da pesquisa, ser essencial incluí-los. Ao que tudo indicava, além de serem participantes importantes nas decisões relativas à medicação, também pareciam ser um dos grupos que mais temiam qualquer mudança na medicação e, sobretudo, sua retirada: temendo novas crises de seus parentes, eles viam nos medicamentos um ponto de apoio e de segurança. A pesquisa-intervenção, portanto, estava inextricavelmente ligada aos familiares, pois eles eram profundamente afetados pelo Projeto GAM e pelo debate acerca do exercício dos direitos e da autonomia do usuário. A discussão acerca do direito à recusa à medicação, em especial, os assustava, pois a medicação era entendida por eles como a única forma de tratamento possível e uma fonte de segurança e tranquilidade para as famílias. Era, portanto, fundamental incluí-los no Projeto, não apenas porque eles tinham participação direta nas decisões relativas à medicação e à autonomia dos usuários, mas também porque a própria discussão trazida pelo Guia, no contexto dos serviços de saúde mental brasileiros, os fazia se sentirem desamparados e temerosos. A proposta do GIF surgiu, assim, no entrecruzamento entre as dimensões de pesquisa e de cuidado.

Após a fase de adaptação do Guia GAM-BR, o projeto entendeu ser importante validar sua nova versão. No Rio de Janeiro, a continuidade deste processo de pesquisa se deu a partir de 2011 com o Projeto “*Autonomia e Direitos Humanos: Validação do*

*Guia de Gestão Autônoma Da Medicação (Guia GAM)*³, realizado no Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense sob coordenação do professor Eduardo Passos. Inicialmente prevendo a realização de Grupos de Intervenção com trabalhadores e usuários do CAPS, tinha-se também objetivo de realizar algum trabalho mais intensivo com o grupo de familiares, incluindo-os no processo de pesquisa de maneira participativa (e não apenas de maneira pontual, com a realização de grupos focais, como havia acontecido até então no Projeto GAM⁴).

A pesquisa já possuía alguma experiência com o grupo de intervenção com os usuários, nos quais o Guia era lido e debatido pelos participantes na companhia de trabalhadores e pesquisadores universitários. Um grupo de leitura e discussão do Guia com os familiares, no entanto, era inteiramente novo para o Projeto. Não era claro para nenhum de nós qual metodologia usar com este grupo e o que podíamos esperar.

Na época do início do trabalho de validação no Município de São Pedro da Aldeia, eu estava retomando minha participação neste grupo de pesquisa após o término do meu trabalho de Mestrado. Aqui, cabe um pequeno desvio para narrar brevemente a história deste grupo de pesquisa.

Desde 2004, os professores Eduardo Passos e André do Eirado desenvolviam no Departamento de psicologia da UFF um projeto de pesquisa ligado aos estudos da obra de Humberto Maturana e Francisco Varela. A Biologia do Conhecimento serviu de base para um intenso trabalho sobre as metodologias de pesquisa e estudo da experiência. A princípio, compreendia-se o termo “experiência” a partir da noção de experiência em 1ª pessoa, isto é, a partir do ponto de vista daquele que experimenta algo, de maneira singular e concreta (VARELA; SHEAR, 1999). Em 2005, este estudo acerca da experiência e da cognição deu origem a um projeto de pesquisa sobre as falsas lembranças⁵, em que o tema das metodologias de pesquisa era central. Um dos objetivos deste projeto era estudar e desenvolver metodologias de pesquisa que permitissem o acesso à experiência de lembrar. Na psicologia cognitiva, geralmente estuda-se o

³ Projeto realizado com o apoio da Faperj.

⁴ Mais tarde, já em 2013 (após a validação do Guia GAM-BR), o grupo de pesquisa da professora Luciana Caliman (UFES) iniciou um trabalho com o Guia em um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil) de Vitória (ES), analisando o uso do metilfenidato. Aqui, os usuários dos medicamentos são crianças e os participantes dos grupos GAM, suas mães. Há uma forte ressonância entre esse trabalho e o do GIF. Também nesse caso, a questão do endereçamento do Guia se fazia presente, bem como reflexões peculiares sobre a autonomia, a rede de apoio e a responsabilidade. Cf. Domitrovic (2014), dissertação a propósito dessa experiência GAM em um CAPSi.

⁵ “O paradigma reconstrutivista da memória: um estudo comparativo das metodologias de primeira e terceira pessoa no domínio da Psicologia da Cognição”, com o apoio da Faperj.

comportamento de lembrar, mais do que a experiência mnêmica. Privilegia-se o que pode ser observado, de maneira neutra e mais distante possível de controvérsias ditas “subjetivas”. Estudar a memória torna-se, desse modo, uma contabilidade dos acertos e erros em protocolos de perguntas supostamente “objetivas”. No entanto, no caso da falsa lembrança – uma lembrança que não corresponde ao que foi socialmente estabelecido como tendo ocorrido de fato – interessava saber como ela podia ser abordada a partir do ponto de vista de quem a vive, para quem não há diferença entre a lembrança dita “falsa” e uma lembrança verdadeira. O trabalho de Francisco Varela, ao questionar os limites entre as categorias de subjetividade e objetividade nos estudos da cognição, serviu de base para este estudo.

Minha participação neste grupo de pesquisa se iniciou em 2004, quando estava cursando o terceiro período da graduação em psicologia. O trabalho de Francisco Varela exerceu uma influência decisiva em minha formação, bem como as discussões desse grupo de pesquisa. Entre os anos de 2007 e 2008 (ano em que completei o curso de psicologia), realizamos o trabalho de campo desta pesquisa, realizando uma série de entrevistas, inspiradas na técnica da Entrevista de Explicação, elaborada por Pierre Vermesch (1994) com o intuito de cultivar modos de pesquisar mais próximos da experiência vivida. Também durante os anos de 2007 e 2008, eu realizava, paralelamente, meu estágio supervisionado⁶ com a professora Cláudia Abbês, do Departamento de Psicologia da UFF, em um trabalho ligado à Política de Humanização do Ministério da Saúde⁷. Tratava-se de uma intervenção, guiada pelos princípios da Análise Institucional, com os trabalhadores de duas instituições públicas de saúde na cidade de Niterói.

Em 2008, dois acontecimentos simultâneos foram decisivos: minha entrada no Mestrado de Psicologia da UFF, para estudar de maneira mais aprofundada a noção de experiência a partir da pesquisa sobre as falsas lembranças; e o envolvimento do grupo de pesquisa da UFF com o Projeto GAM-BR. Nessa época, já tendo encerrado minhas atividades como graduanda da UFF e como estagiária na rede pública da saúde,

⁶ NA UFF, a formação em Psicologia exige a realização obrigatória de dois anos de estágio supervisionado, escolhido pelo aluno entre as diversas opções oferecidas pelos professores do Departamento.

⁷ A Política da Humanização (PNH), ou HumanizaSUS, é uma política transversal do Ministério da Saúde, não submetida a nenhuma secretaria em particular. Ela teve início em 2003 e visa a transformar as práticas de atenção e gestão em saúde de modo a garantir, na prática e no dia-a-dia dos serviços, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Cf. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf; http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

dediquei-me integralmente à bibliografia e ao trabalho de análise das entrevistas realizadas durante a pesquisa. Ao mesmo tempo, iniciei um estágio de extensão em clínica transdisciplinar no Serviço de Psicologia Aplicada da UFF, sob orientação do professor Eduardo Passos, enquanto acompanhava, a princípio um pouco à distância, o trabalho do grupo com o processo de adaptação do Guia GAM-BR. O grupo utilizava sua bagagem de estudos acerca da noção de experiência e das metodologias de pesquisa para desenvolver esse trabalho, imprimindo uma marca característica no interior do Projeto GAM-BR, com uma bibliografia específica distinta da dos demais centros de pesquisa participantes do Projeto.

Em 2010, convergiram os términos do meu Mestrado⁸ e da fase de adaptação do Guia. Curiosamente, na época de finalizar a dissertação, participei muito pouco do trabalho de análise do material produzido durante o processo de pesquisa com o Guia. Como indicado, estas análises levaram os participantes da GAM-BR a entender ser necessário continuar o trabalho de pesquisa, dessa vez promovendo um trabalho de validação do Guia GAM-BR (que, a esta altura, já se mostrava inseparável da validação também do dispositivo de trabalho com o Guia e não apenas do seu texto). Quanto ao trabalho de Mestrado, a indicação de continuidade da pesquisa era relativa justamente ao tema da análise das entrevistas realizadas no projeto acerca das falsas lembranças⁹. Cada entrevista neste projeto era ouvida em grupo durante as supervisões. O trabalho de escuta da entrevista acompanhava, de certa maneira, as modulações da própria experiência da entrevista, em uma sintonia que mostrava ser fundamental para a análise do conhecimento produzido. As entrevistas procuravam acessar uma experiência coletiva, comum (RENAULT, 2010) e, ao mesmo tempo, ganhavam no grupo de supervisão a validação coletiva que sustentava sua análise. A dissertação de Mestrado não aprofundou este aspecto da metodologia, de modo que a indicação para pesquisas posteriores era justamente o desenvolvimento das noções de análise e da validação que acompanham uma metodologia de estudo *na e da* experiência.

A ocasião, portanto, de início do processo de validação do Guia GAM-BR me atraía como uma ocasião para a continuidade do estudo que já vinha desenvolvendo. Construí o projeto de Doutorado entre 2010 e 2011, vinculando-me à pesquisa GAM como forma de desdobrar as questões metodológicas com as quais lidava, especialmente

⁸ Renault (2010); a se dissertação intitula “Um estudo sobre a noção de experiência no campo da cognição: a abordagem enativa”.

⁹ Agradeço especialmente ao professor Roberto Novaes pela questão que me endereçou na ocasião da minha banca de Mestrado.

a da análise de dados. Do ponto de vista do meu percurso pessoal, a construção do problema de pesquisa no Doutorado se apresentava como uma espécie de possível convergência entre minhas diferentes experiências com a psicologia: estudo acerca das metodologias de pesquisa, intervenção ligada à saúde pública, análise do trabalho e das instituições, intervenção clínica. Era, para mim, uma ocasião de fazer conexões e associações entre pontos que, apesar de sua aparente dispersão e heterogeneidade, tinham algum tipo de afinidade para mim.

Nessa época, o professor André do Eirado deixou o grupo de pesquisa. Construiu-se o projeto de pesquisa-intervenção de validação do Guia no estado do Rio de Janeiro. O grupo de pesquisa pactuou com a então Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC)¹⁰ o local da realização do Projeto GAM-BR. A secretaria nos fez a importante indicação de que era necessária uma interiorização das pesquisas universitárias: a maior parte delas restringia-se à área metropolitana do Estado. Não por acaso, no interior do Estado encontram-se regiões em que o acesso a bens e serviços públicos de qualidade é um grande desafio. Como indica Milton Santos (2012), é imprescindível considerarmos o componente territorial quando tratamos do tema da cidadania: “(...) a possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende, em larga proporção, do ponto do território onde se está” (SANTOS, 2012, p.107). Alguns territórios são, na prática, espaço sem cidadãos, isto é, regiões periféricas no que diz respeito ao exercício da cidadania¹¹. Não é indiferente, portanto, a indicação da realização do Projeto em uma região interiorana. São Pedro da Aldeia é um Município com aproximadamente 91.542 habitantes, de acordo com o Censo IBGE – 2012. Está situado a 135 km da capital do Estado¹². Possui uma extensa área predominantemente rural, tendo como principais atividades econômicas o turismo, a pesca artesanal e a extração de sal marinho. Estas informações sobre a situação do Município são relevantes para nos aproximarmos das experiências vivenciadas pelos participantes dos grupos.

¹⁰ Atual Secretaria de Estado de Saúde (SES)

¹¹ Como indica Milton Santos, trata-se de uma periferia em termos de acessibilidade, não em termos puramente geométricos (2012, p.113). Assim, há territórios igualmente periféricos na própria área metropolitana. Por outro lado, cabe ressaltar que a periferia pode ser um espaço privilegiado para experimentações e criação de alternativas, como bem ressalta Tina Tacchino a propósito do Projeto “Précieuses Périphéries”, ligado a *Clinique de Concertation*, (que será abordada ao longo deste trabalho). Esse Projeto toma as fronteiras (entre lugares, práticas, disciplinas) como um espaço privilegiado do trabalho clínico: “Nous sommes toujours à la recherche des périphéries, il y en a toujours à portée de main. Ces périphéries peuvent regagner le centre, dans un temps relativement court, par l’estompage soudain des frontières qui les séparent. » (TACCHINO, 2012, p.3)

¹² Fonte: <http://www.pmspa.rj.gov.br/>

Entramos em contato, então, com o único CAPS do Município para iniciar o trabalho de validação do Guia. O **CAPS Casarão da Saúde Sebastião Antônio Fernandes**, conhecido apenas como “Casarão da Saúde”, localiza-se no bairro Morro dos Milagres, não muito distante do centro da cidade. O CAPS existe no Município desde 2002, mas a sede atual data de 2007¹³. O CAPS é pioneiro na Região dos Lagos e sua inauguração representou um importante avanço para o tratamento em saúde mental no município e na Região, que até então não contava com este tipo de serviço público. Atualmente, há mais de 200 usuários cadastrados no CAPS.

A rede de saúde mental do Município conta, ainda: a) com um ambulatório ampliado; b) uma Residência Terapêutica (RT), dispositivo fundamental no processo de desinstitucionalização na saúde mental, que foi inaugurada em 2011 (quando a pesquisa já atuava no CAPS); e c) uma emergência situada no Pronto-Socorro, vizinho ao CAPS.

A princípio, meu objetivo era integrar a pesquisa participando como co-supervisora dos grupos de pesquisadores que estariam em campo frequentando regularmente o CAPS, realizando os grupos de intervenção. Para desenvolver o tema da análise em pesquisa, acreditava que as supervisões me forneceriam material suficiente para explorar as questões acerca da validação e do acesso à experiência, compreendendo de que forma a análise de dados pode ser realizada em uma pesquisa-intervenção. Interessavam-me sobretudo as questões metodológicas, que significavam para mim uma forma de conectar diferentes campos e perspectivas. No entanto, não me eram indiferentes algumas questões que pareciam transitar de um trabalho a outro, como por exemplo, a proximidade entre as experiências de falsas lembranças e de delírio. Se as falsas memórias são uma experiência desafiadora em relação a um consenso socialmente estabelecido, a loucura também o é, e de maneira radical. Um delírio é uma expressão ainda mais robusta de uma experiência vívida que não encontra respaldo ou reconhecimento. A exclusão social e o descrédito que podem ser vividos por quem experimenta uma falsa lembrança atingem de maneira mais forte e extensa quem experimenta o que se costuma designar como “transtornos mentais graves” (BRASIL, 2005).

Por outro lado, eu não tinha familiaridade com o campo da saúde mental, conhecia muito superficialmente suas questões específicas, seus jargões, sua história. Essa situação causava-me certo embaraço quando precisava situar meu projeto de

¹³ Para mais informações e notícias da época da inauguração da nova sede, consultar <http://www.agenciario.com.br/materia.asp?cod=27091&codEdit=7#.UfR9W20tcbg>

doutorado em uma área ou domínio específico; cada interlocutor diferente ressaltava um aspecto do trabalho, disparando diferentes cadeias associativas.

Um acontecimento imprevisto logo no início do processo de validação impôs, contudo, uma mudança de curso decisiva em meu trabalho de doutorado. Um estudante do grupo de pesquisa, até então um dos componentes da dupla que seria responsável pelo GIF, decidiu deixar o Projeto GAM por razões pessoais e também por dificuldades de conciliar sua própria perspectiva de trabalho, de orientação psicanalítica, com o Projeto. O grupo de intervenção com os usuários já havia começado em março de 2011, e o grupo preparava as condições para dar início ao GIF. O trabalho em campo exigia uma grande disponibilidade do pesquisador, por situar-se em um município a aproximadamente duas horas de distância de Niterói, onde se situa o campus da UFF. O transporte entre as duas cidades nem sempre é fácil, exigindo conciliar horários entre diferentes conduções, o que exigia, muitas vezes, o dia inteiro de viagem. Era muito difícil para um aluno de iniciação científica realizar este trabalho, pois seus compromissos na Universidade não permitem um dia por semana de dedicação integral à pesquisa. Seria difícil também encontrar um novo participante para o grupo que dispusesse de tempo para se integrar ao projeto, se familiarizando com seus objetivos e sua metodologia e, simultaneamente, já dando início ao trabalho de campo. Além disso, não possuíamos mais bolsas ou auxílios financeiros que nos permitissem contratar alguém para o trabalho.

Porém, eu mesma já dispunha de uma bolsa do projeto ARUC, possuía poucos compromissos na Universidade e já integrava o grupo de pesquisa há anos, conhecendo bem os princípios metodológicos de que lançávamos mão. Um pouco surpresa, avalei junto ao grupo as possibilidades de desenvolver meu próprio projeto de doutorado atuando no GIF e decidi, não sem alguma apreensão, fazer esse desvio em relação ao meu projeto original.

Minha entrada no GIF, portanto, se deu de forma relativamente súbita e não planejada. Eu dispunha de uma bagagem de estudo acerca das metodologias de pesquisa, mas quase nenhuma relativa ao campo onde atuaria. No grupo de pesquisa, possuíamos princípios metodológicos gerais bastante sólidos¹⁴, mas não rígidos, e alguma experiência no manejo com os grupos de usuários e trabalhadores, mas pouca

¹⁴Tal bagagem era fruto não só da pesquisa acerca das falsas lembranças, mas também do trabalho do grupo Cognição e Subjetividade, dedicado ao estudo do método da cartografia e responsável pela publicação de dois livros sobre pistas do método cartográfico: Passos, Kastrup e Escóssia (2009) e Passos, Kastrup e Tedesco (2014).

experiência e planejamento em relação ao grupo com os familiares. Para mim, as conexões entre o problema da análise, meu tema de doutorado, e minha atuação no GIF eram ainda vagas e incompreensíveis e, na verdade, eu não tinha qualquer certeza de que elas se esclareceriam. Ao mesmo tempo, estávamos animados e curiosos acerca do que encontraríamos nesta experiência inédita para a GAM-BR, de um grupo de intervenção com os familiares. Foi nesse contexto em que demos início ao GIF em maio de 2011.

1.2. O GIF

As reuniões entre os pesquisadores universitários e a equipe do CAPS Casarão da Saúde para pactuar a pesquisa-intervenção ocorreram antes do início do GIU, em março de 2011. O formato da pesquisa-intervenção era agora, num certo sentido, mais simples do que o fora durante o processo de adaptação do Guia: antes, além do grupo de intervenção com os usuários, eram realizados grupos focais antes e depois da intervenção, com diferentes grupos de interesse: familiares, residentes, trabalhadores. Dessa vez, previmos apenas os grupos de intervenção heterogêneos, incluindo usuários, trabalhadores e familiares, privilegiando o aspecto intensivo da intervenção. Três pesquisadores-universitários¹⁵ trabalhavam no GIU, ao lado de cinco a dez usuários e, inicialmente, um trabalhador do CAPS (Marcos Coelho, psiquiatra)¹⁶.

A outra pesquisadora universitária responsável pelo GIF neste momento era Júlia Carvalho Ramos¹⁷. Júlia participara de algumas dessas reuniões prévias e já sabia que o CAPS possuía um dispositivo semanal de reunião com os familiares conduzido por duas trabalhadoras - Maria Helena Marinho, assistente social, e Rosemary Calazans, psicóloga da rede - que trabalhavam no processo de desinstitucionalização na Região dos Lagos¹⁸. A assistente social, especialmente, possuía um laço de confiança com o grupo e era mais assídua nas reuniões, até pelo fato de trabalhar no CAPS (a psicóloga, embora já tivesse trabalhado anteriormente no serviço, ocupava à época um cargo na rede de saúde municipal, não sendo mais trabalhadora do serviço e possuindo diversos compromissos e atribuições que a impediam de estar sempre presente). Durante esse período de contratação da pesquisa com o serviço, ficou acertado que o GIF teria início no interior desse dispositivo já existente, pois a equipe do CAPS acreditava ser muito difícil para os familiares (sobretudo mães, como nos disseram) estarem presentes no CAPS também em outro horário. Ficamos sabendo que elas eram as principais

¹⁵ Eram eles Jorge Melo, Sandro Rodrigues e Paula Milward de Andrade. Jorge desenvolve sua tese a partir de sua experiência no GIU (*“A política de narrativa entre a pesquisa e a clínica: relato de uma experiência com a Gestão Autônoma da Medicação”*); Sandro defendeu sua tese (RODRIGUES, 2014) também sobre a experiência com o GIU em 2014 (*“Modulações dos sentidos da experiência psicotrópica: saúde mental e gestão autônoma de psicotrópicos lícitos e ilícitos”*) e Paula apresentou em 2012 seu trabalho de conclusão de curso *“Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o ‘manejo cogestivo’ na Gestão Autônoma da Medicação”*.

¹⁶ Posteriormente, outro trabalhador se uniu ao grupo: a terapeuta ocupacional Sara da Hora Ferreira da Silva.

¹⁷ Seu trabalho no GIF foi a experiência de base para seu estudo no mestrado acerca da noção de autonomia, cf. Ramos (2012).

¹⁸ A grande maioria dos trabalhadores do CAPS – bem como de todos os trabalhadores da rede de saúde mental da região – trabalha simultaneamente em diversos serviços, em diferentes municípios. As condições de trabalho são frequentemente precárias, sendo comuns os atrasos de salário e a instabilidade no emprego. São comuns as situações de sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas.

encarregadas (muitas vezes, as únicas responsáveis) por cuidarem da casa, prepararem as refeições, estarem com os usuários quando eles não estavam no CAPS... Diante dessa situação, montar outro dispositivo exigindo que elas estivessem presentes também em outro dia ou por mais tempo no CAPS era percebido como uma sobrecarga. Apesar do receio de misturarmos os dispositivos da pesquisa com o dispositivo já existente no CAPS, não vimos alternativa senão aceitar as condições de que dispúnhamos. Não sabíamos muito bem ainda como conciliaríamos os dois grupos: veríamos na prática, ao longo do trabalho, o que fazer.

Também neste período de pactuações, entendemos, conversando com a equipe e com os pesquisadores participantes do GIU, que seria preciso um trabalho relativamente longo para combinar com os usuários o início do GIF. A GAM é uma abordagem voltada à autonomia do usuário. O familiar ocupa uma posição ambígua nesse contexto: ora é visto como parte fundamental da rede de apoio, tornando a vida do usuário mais autônoma pois mais independente das instituições de saúde mental, ora é visto como um agente de tutela e controle, limitando a autonomia do usuário e restringindo sua independência. Do ponto de vista do usuário, começar um grupo com seus parentes sem que eles soubessem poderia ser visto como uma tentativa de controle adicional e um incentivo à desconfiança. (Descobriríamos mais tarde que, do ponto de vista dos familiares, pelo menos num primeiro momento, também seria difícil falarem do que os afligia na presença dos usuários. Desse modo, realizar o GIU e o GIF separadamente mostrou-se, *a posteriori*, uma estratégia importante para o cuidado com ambos os grupos e uma condição necessária para que, futuramente, esses grupos possam se reunir).

Para combinar com os usuários a realização do dispositivo, Júlia foi ao GIU, explicou a proposta e disse o pouco que sabíamos até então acerca do GIF: que usaríamos o mesmo instrumento que eles já conheciam, o Guia GAM-BR. Os usuários poderiam decidir se queriam ou não a participação de seus familiares no grupo e, se achassem interessante, poderiam convidar quem quisessem (amigos, vizinhos, pais, mães, irmãos...). Alguns usuários afirmaram querer que seus parentes participassem e ficaram contentes com a oportunidade de lhes apresentar o Guia, instrumento que já era importante para eles; outros não gostaram da ideia e não queriam convidar seus parentes; outros, ainda, embora achassem a proposta interessante, achavam que seus parentes não poderiam participar. Surgiu a ideia, então, de redigir uma carta-convite (cf. Anexo I) para o GIF, para que os próprios usuários entregassem a carta a quem eles

quisessem. Essa carta esclarecia o tema do grupo – isto é, a medicação, tal como o próprio GIU - e informava ao familiar que a pesquisa já vinha ocorrendo no CAPS com os usuários desde março. No dia 10 de maio fui ao GIU - era seu sétimo encontro- com a carta-convite em mãos, sendo apresentada como colega da Júlia no futuro GIF. Fiquei animada com a movimentação do grupo, alguns usuários pediam mais de uma carta e perguntavam se podiam entregá-la a vizinhos ou amigos. Por outro lado, alguns não quiseram pegar a carta e houve pelo menos um caso de grande hesitação. A trabalhadora presente no GIU incentivou o usuário que estava em dúvida, dizendo que ele deveria levar a carta e entregá-la para sua mãe. Percebi, mais uma vez, algo que já vínhamos notando ao longo dessas reuniões e idas ao CAPS: os trabalhadores gostariam muito que os familiares estivessem mais presentes no serviço.

A fase inicial de trabalho no GIF foi marcada por um período de ajustes e amadurecimento da maneira de trabalhar. O grupo de familiares contava com a participação de cinco a dez familiares, às vezes mais, às vezes menos. Alguns participantes iam regularmente, estando presentes toda semana, enquanto outros frequentavam o grupo de maneira mais esporádica. Um dado muito curioso e importante sobre o GIF é que uma parte significativa do grupo era composta por parentes de pessoas que nunca ou quase nunca frequentavam o CAPS.¹⁹ Alguns eram parentes de usuários que iam ao CAPS apenas para a consulta do psiquiatra (cuja periodicidade era variável, mas nunca era maior do que uma vez por mês; o intervalo médio entre as

¹⁹ Inicialmente, essa situação era angustiante para nós, universitários; constituía-se diante de nós um quadro extravagante em relação às balizas metodológicas tradicionalmente aceitas da abordagem psicossocial da saúde mental, que conta com a demanda de quem receberá o tratamento e valoriza sua participação voluntária. Era um quadro particularmente perturbador para a GAM, que busca reforçar a autonomia do usuário e sua participação ativa nas decisões sobre seu tratamento.. Contudo, no cotidiano dos serviços brasileiros, trata-se de um quadro comum e uma maneira viável (às vezes a única) de estabelecer a ponte entre o serviço e as pessoas que podem se beneficiar dele. Nós, pesquisadoras-universitárias do GIF, ficávamos a princípio em uma posição confusa e bastante desconfortável, tentando “intermediar a intermediação”, ajudando os familiares junto à equipe para que eles conseguissem atendimento para os usuários – o que nem sempre conseguíamos. Contudo, com o passar do tempo, nos demos conta de que essa situação era também uma oportunidade de trabalho: Chauvenet, Despret e Lemaire (1996, p. 106-107) indicam, inclusive, que é uma situação clínica muito rica quando a demanda de tratamento parte de um membro da família ou de alguém próximo. Muitas vezes, a demanda não parte daquele em situação de maior sofrimento; o cuidado com essas pessoas depende de um progressivo estabelecimento de relações de confiança, envolvendo uma coletividade. Cuida-se das relações para também cuidar do indivíduo em sofrimento. Trata-se de um encorajamento, na clínica, do que os autores denominaram de fenômeno do “terceiro demandante” (*tiers demandant*). Ao fazer isso, assume-se um risco com a finalidade de « (...) nous introduire dans la collectivité en progressant de proche en proche, de relations de confiance em relations de confiance ». (p.106), reforçando os elos de solidariedade e os recursos já existentes nas próprias famílias. No GIF, em que havia grande proximidade entre intervenção e cuidado, a presença desses familiares evidenciava que a autonomia não podia ser compreendida em termos individuais e que não se podia estabelecer com clareza as fronteiras entre quem cuidava de quem: cuidar dos familiares era cuidar dos usuários e vice-versa; cuidar dos outros era também cuidar de si.

consultas para um determinado usuário vinha sendo trimestral nos últimos meses da pesquisa-intervenção). Outros iam ao grupo para falar sobre o comportamento estranho e perturbador de seus filhos ou irmãos, sem que estes nunca tenham de fato iniciado um tratamento ou recebido um diagnóstico psiquiátrico conclusivo (em alguns casos, eles haviam sido atendidos uma única vez na Emergência do Hospital, tendo sido levados para lá pelos bombeiros ou pela polícia). Eles chegavam ao grupo por terem sido orientados pela equipe do serviço de emergência a procurarem o CAPS ou, então, por sugestão de algum conhecido que frequentasse o grupo ou conhecesse o serviço. Alguns familiares, por sua vez, iam ao grupo justamente em períodos em que seus parentes que já se tratavam há algum tempo deixavam de ir ao CAPS ou passavam a recusar o tratamento (essa atitude dos familiares, por sinal, era vista com reprovação pelos membros da equipe, que se ressentia do fato de o familiar só procurar o CAPS e se “engajar” quando havia problemas, que, segundo acreditavam, podiam ser evitados justamente pela presença regular do familiar no serviço). Não raro, alguns familiares do grupo medicavam seus parentes sem que estes soubessem e eram os intermediários entre o psiquiatra e o usuário. Um dos assuntos mais frequentes entre os participantes do grupo era como fazer para que seus parentes passassem a frequentar o CAPS, aceitando o tratamento e os remédios. O grupo de familiares era visto como uma forma de apoio mútuo em fases de dificuldade, mas também como um espaço para se habilitar e aprender o que fazer quando um parente estava pior e se recusava a receber tratamento. (Com o passar do tempo, já no período final da pesquisa-intervenção com a presença dos pesquisadores universitários, o grupo começara a consolidar uma estratégia de parceria com o serviço para lidar com situações como essas, lançando mão de visitas domiciliares²⁰ feitas por trabalhadores da equipe. Algumas dessas visitas foram realizadas graças à mobilização dos participantes do grupo, isto é, da psicóloga Mônica e de todos os familiares presentes, e não apenas daqueles diretamente afetados pela visita. Os resultados e efeitos dessas visitas também foram avaliados coletivamente. O grupo foi aprendendo com os erros e acertos dessa estratégia o quê - e como - fazer para se aproximar daqueles que precisavam de ajuda. Os saberes de trabalhadores e familiares puderam se entrecruzar para tornar a estratégia da visita domiciliar mais

²⁰ As visitas domiciliares (VD) realizadas pelas equipes de saúde são um instrumento de intervenção importante do SUS e uma prática especialmente fundamental no âmbito da atenção básica e da Estratégia Saúde da Família (ESF). A VD está em consonância com a estruturação territorial do SUS e o seu princípio de descentralização.

efetiva e pertinente à realidade das famílias, um dos efeitos positivos do trabalho do grupo).

A maioria dos participantes eram mães, mas havia também a participação frequente de um pai e de uma irmã. Quando chegamos ao grupo, descobrimos que ele vinha funcionando à época de maneira relativamente irregular. As trabalhadoras que conduziam o grupo estavam sobrecarregadas com o trabalho de desinstitucionalização na Região dos Lagos. Elas eram as responsáveis por inaugurar a Residência Terapêutica (RT) no Município, que previa receber ex-internos do Hospital Colônia de Rio Bonito, cujo fechamento foi precipitado por uma ação conjunta de Ministério Público Federal e Estadual após denúncias de abandono e falta de tratamento eficaz aos pacientes²¹. A inauguração da RT e o processo de adaptação dos novos moradores tomavam muito tempo das trabalhadoras. Algumas vezes, elas precisavam desmarcar as reuniões com os familiares e, quando estavam presentes, procuravam envolvê-los no trabalho que realizavam, informando o andamento das negociações para a vinda dos usuários para a RT e dos trâmites para o aluguel da casa. Os familiares procuravam ajudar como podiam, alguns até fizeram algumas pequenas doações, mas não era muito claro para o grupo o significado da inauguração de uma RT. Alguns não viam com bons olhos o fechamento do Hospital, pois se lembravam de ocasiões em que precisaram internar seus parentes e, agora, contariam com uma opção a menos caso uma nova internação se mostrasse necessária. Outros, contudo, comemoravam a notícia, pois conheciam bem o Hospital e lembravam as situações de maus-tratos e crueldade que ocorriam ali. Uma participante resumiu bem o sentimento do grupo a respeito da Reforma Psiquiátrica, na qual se insere o movimento de desinstitucionalização: *ela é boa, desde que considere os familiares*.

Durante esse período inicial, Julia e eu perguntamos ao grupo e às trabalhadoras como poderíamos nos organizar para trabalhar com o Guia. Foi uma fase de difícil negociação: o convite para participar da pesquisa era aberto a todos, inclusive aos familiares que frequentavam o grupo já existente; no entanto, não queríamos tornar a participação na pesquisa compulsória a quem quer que fosse. Para nós, era importante preservar as diferenças entre os dispositivos de pesquisa e do CAPS. Era preciso encontrar um formato que não obrigasse ao familiar que já participasse do grupo no

²¹ Para mais informações sobre o fechamento do Hospital Colônia de Rio Bonito, consultar: <http://pr-rj.jusbrasil.com.br/noticias/2352374/mpf-tac-preve-retirada-de-pacientes-de-hospital-psiquiatrico-em-rio-bonito>; consultar também: http://www.prrj.mpf.mp.br/noticias/noticia_corpo.php?idNoticia=1028

CAPS a participar também da pesquisa (e, da mesma maneira, não obrigasse ao familiar que quisesse participar da pesquisa a frequentar o grupo do CAPS). Depois de muita conversa com o grupo e com as trabalhadoras, decidimos dividir o horário da reunião que já acontecia: na primeira parte, a reunião transcorreria normalmente; na segunda parte, faríamos a pesquisa-intervenção com o Guia GAM.

Na prática, essa decisão se mostrou, sob certo aspecto, bastante problemática e pouco realista. A separação entre os dispositivos era, para os familiares, muito abstrata, uma vez que nós, pesquisadoras universitárias, fomos convidadas para participar também da primeira parte da reunião. As trabalhadoras, sobrecarregadas com suas diversas tarefas, precisavam de maneira cada vez mais frequente se ausentar das reuniões e confiavam na presença das pesquisadoras universitárias para conduzir o grupo. A situação tornou-se preocupante para a pesquisa, uma vez que o dispositivo fora concebido para contar com diversos pontos de vista, inclusive o dos trabalhadores. O que acabava acontecendo é que, na primeira parte da reunião, as trabalhadoras informavam ao grupo do andamento do processo de desinstitucionalização, depois saíam para resolver compromissos, deixando-nos a sós com o grupo de familiares. Apesar das nossas preocupações metodológicas e de conversarmos com a equipe sobre a importância do trabalhador no dispositivo, compreendíamos a sobrecarga de trabalho e a dificuldade para as trabalhadoras para estarem sempre presentes no grupo. A relação de confiança que estabelecemos com elas acabou, progressivamente, levando a um processo de substituição em que nós, pesquisadoras universitárias, assumimos o lugar das trabalhadoras no grupo, processo este que nós não fomos capazes de evitar.

Este movimento de substituição causou muitas dificuldades para a pesquisa e para o grupo e acabou marcando o desenvolvimento do GIF daí por diante. Para os familiares, a situação foi bastante difícil, pois o estilo de condução do grupo pela pesquisa era bem diferente daquele a que estavam habituados. Percebemos que alguns familiares foram deixando de participar do grupo na medida em que as reuniões se tornavam exclusivamente relativas ao GAM. As trabalhadoras e, em particular, a assistente social, era muito querida por todos e sua ausência também desmotivava os familiares. Quando, nas supervisões semanais do grupo de pesquisa, nos demos conta do que estava acontecendo (nomeando o fenômeno de “vetor substitutivo da pesquisa”), já era bastante difícil reverter completamente o processo. Essa situação foi se agravando com o tempo e permaneceu dessa forma até dezembro, quando a assistente social deixou de trabalhar no CAPS.

Ao longo de todo o GIF, vivemos extensos períodos de ausência de trabalhadores. Após a saída da assistente social, como veremos, passaram pelo grupo pelo menos mais dois trabalhadores, até a entrada definitiva no grupo de uma psicóloga do CAPS, em março de 2013. Embora a ausência do trabalhador fosse uma situação angustiante para nós, pesquisadoras universitárias, vivíamos também sentimentos conflitantes. Ao longo dos períodos de ausência dos trabalhadores, estabelecemos um ritmo próprio no grupo e acabávamos nos adaptando mal à interferência de trabalhadores que, a nosso ver, eram excessivamente autoritários ou intransigentes, cobrando a presença dos familiares nas reuniões. Sentíamos-nos incumbidas da tarefa de “defender” o grupo e o ponto de vista dos familiares quando esses se mostravam em conflito com o dos trabalhadores. Por ironia, acabávamos sendo intransigentes também. Longe de ser um objetivo da pesquisa, essa nossa atitude foi o efeito da confusão entre os dispositivos de pesquisa e de trabalho no CAPS e da nossa inabilidade à época para lidar com a situação. Ao fim do processo de pesquisa-intervenção, após essa difícil experiência, acredito que nos tornamos mais capazes de realizar concretamente a aposta da GAM, de incluir os diferentes pontos de vista, colocando-os lado a lado no grupo e transitando entre eles.

Portanto, os primeiros seis meses do GIF foram de relações confusas entre as pesquisadoras universitárias e a equipe. Para os trabalhadores que não participavam dos GIs e principalmente para a gestão, a proposta da GAM soava abstrata e utópica. Eles nos diziam frequentemente não ver como “essas pesquisas teóricas” poderiam ajudá-los na prática cotidiana do serviço, que ainda desconhecíamos²². Da mesma maneira, as relações com os familiares também eram confusas. As propostas do Guia e do Projeto GAM surgiam como ameaçadoras. Por outro lado, com alguns familiares que frequentavam o grupo com regularidade – uma média de três a cinco mães que estavam sempre presentes, além de outras participações flutuantes – fomos construindo uma relação de confiança mútua e uma aliança de trabalho. Com o passar do tempo, os demais trabalhadores também passaram a nos perceber como parceiras, em grande parte

²² Até certo ponto, esse era uma observação legítima: estávamos presentes no CAPS apenas uma vez por semana, durante duas horas. Para procurar lidar com essa dificuldade e conhecer minimamente o funcionamento do serviço, realizamos em agosto de 2011 uma semana de observação participante em diferentes equipamentos da rede de saúde mental no Município (CAPS, ambulatório e RT). Todos os integrantes da pesquisa (e não apenas os participantes dos GIs) estiveram presentes, nos turnos da manhã e da tarde, nos diferentes serviços, acompanhando a admissão dos usuários, a realização das oficinas, assembleias e trabalho ambulatorial, permitindo-nos acompanhar a linha de cuidado na rede municipal.

porque estávamos nos responsabilizando por uma das atividades do CAPS, o grupo de familiares.

Com os familiares que se tornaram assíduos no grupo foi possível, durante os primeiros meses da pesquisa, a consolidação de um modo especial de trabalhar com o Guia GAM-BR no GIF. O GIF possui uma especificidade em relação aos demais GIs já realizados no Projeto GAM. O Guia dirige-se aos usuários, através de perguntas bem diretas, como por exemplo, “*Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco de você?*” (p.12) ou “*Quais os efeitos que os remédios causam em você?*” (p.29). Quando começamos o trabalho no GIF, não havíamos planejado muito bem como seria ler o Guia com os familiares. Para validar o Guia, pensávamos, em linhas gerais, em ler o texto e conversarmos juntos sobre ele, avaliando se ele era apropriado, se os familiares teriam outras sugestões de perguntas, se, pela experiência deles, teriam propostas de modificações ou acréscimos... Foi uma grande surpresa para mim e minha colega, quando, nas primeiras leituras, percebíamos que os familiares respondiam diretamente às perguntas, a partir de seu próprio ponto de vista: eles estavam respondendo às questões como se elas fossem dirigidas a eles próprios! Eles narravam, então, como geralmente se apresentavam aos outros (o que, no contexto do CAPS, envolvia dizer o nome de seus filhos), ou então falavam de suas próprias experiências com a medicação.

Nossa surpresa, a princípio, nos levou a questionar se nossa proposta fora bem compreendida pelo grupo e se o que estava acontecendo seria um problema para o projeto de pesquisa. No entanto, o que o grupo nos contava parecia bastante pertinente e interessante: por que suspeitar que a incompreensão era deles, e não nossa? O manejo no GIF, portanto, passou sistematicamente a acolher as experiências que eram então relatadas e, ao mesmo tempo, a promover relances²³ do tipo “Como vocês acham que seus familiares responderiam a esse pergunta?”. A avaliação acerca do sentido do Guia só se mostrou possível no grupo com a colocação em cena de diferentes experiências – a dos familiares e a dos usuários. Não aconteceu, como tínhamos imaginado, uma avaliação direta, relativamente abstrata, acerca da qualidade do texto. O grupo inventou

²³ O termo “relance” é inspirado na técnica da entrevista de explicitação, de Pierre Vermersch (1994). Como base na metodologia de pesquisa em que nos apoiávamos desde a pesquisa sobre as falsas lembranças, realizávamos entrevistas que guiavam o entrevistado em direção à experiência preocupando-nos mais com a qualidade da relações entre entrevistador e entrevistado e com a qualidade de suas experiências durante a entrevista do que propriamente com o conteúdo que era narrado. Daí a preferência pelo termo “relance”, ao invés de “pergunta”, indicando uma proximidade com a clínica e com o *setting* terapêutico. Sobre o papel deste tipo de entrevista na pesquisa GAM, conferir SADE, C. RENAULT, L. MELO, J., PASSOS, E., 2013.

uma maneira muito mais inteligente de trabalhar, que apoiava a avaliação do Guia em uma avaliação concomitante das experiências e da rede de relações que as compunham.

Entendemos na prática da pesquisa que o manejo do GIF correspondia, então, a um exercício de aproximação da experiência própria e de outros, sejam esses o usuário, outro familiar ou o trabalhador (como foi especialmente evidente para mim e minhas colegas de universidade no GIF). Para mim, tornou-se um pouco mais clara a relação do trabalho no GIF e o tema da análise, uma vez que, para validar o Guia e o dispositivo da GAM neste contexto, era necessário um deslocamento entre pontos de vista e um trânsito entre experiências distintas. Analisar um trecho do Guia envolvia percorrer experiências diversas e acompanhar as relações que então se estabeleciam. Tecer as conexões e relações entre experiências foi se mostrando a maneira pela qual produzíamos conhecimento na pesquisa-intervenção, ao mesmo tempo em que se apresentava como uma estratégia eficaz de promover cuidado. Ao mesmo tempo, esse funcionamento particular do GIF parecia também uma espécie de intensificação da proposta da GAM-BR, na qual o caminho para a própria autonomia envolve a experiência de outrem e a inclusão da heterogeneidade.

Por vezes, ao buscar responder a partir do ponto de vista do usuário, o participante do GIF se dava conta de que não saberia dizer o que os seus parentes sentiam ou pensavam. Essa situação servia de ponto de partida para o início de um diálogo entre o familiar e o usuário. Nesses casos, os participantes do GIF se surpreendiam com seu próprio desconhecimento e afirmavam: “vou perguntar a meu filho o que ele acha quando eu chegar em casa”. Por outro lado, havia situações nas quais, para se aproximar da experiência do outro, era preciso primeiro aproximar-se da própria experiência. Foi assim, por exemplo, no caso da discussão sobre os efeitos dos medicamentos. A resposta mais automática às perguntas do Guia dizia respeito não à experiência do usuário, mas ao seu comportamento: se ele aceitava bem o remédio, se o tomava de maneira correta... Para nos aproximarmos da experiência de utilizar o medicamento, foi preciso recorrer à própria experiência do grupo com medicamentos de uso diário, ou, por assim dizer, à sua experiência em primeira pessoa: muitos participantes eram hipertensos ou diabéticos e se aborreciam bastante com o fato de se sentirem obrigados a tomar remédios diariamente. Muitos, também, já haviam feito uso de antidepressivos ou ansiolíticos, conhecendo por experiência própria seus efeitos terapêuticos e colaterais. Lembrar-se dessas experiências e compartilhá-las com os outros ajudavam o grupo a se relacionar de maneira diferente com o usuário e com o

tratamento em saúde mental. Em outras situações, ainda, considerar a própria experiência e afirmá-la como importante e legítima era um maneira fundamental para resistir à opressão e ao esquecimento. O GIF constituía-se como um espaço de deslocamento e experimentação entre diferentes pontos de vista, acordando atenção às singularidades. A intervenção supunha uma passagem por diversas perspectivas não coincidentes entre si. Se a resposta imediata a uma pergunta do Guia surgia sob a forma de um consenso ou uma evidência, facilmente localizável em um único ponto de vista, era um índice de que a questão, afinal, ainda não fora muito bem compreendida.

Esta forma de trabalhar passou a fazer sentido para mim e minhas colegas de universidade e também para os familiares e trabalhadoras participantes do GIF. Ela, contudo, apresentava um inconveniente que não havíamos previsto no projeto de pesquisa: era uma estratégia de trabalho muito mais lenta do que a utilizada em outros GIs. A duração média dos GIs até então era de seis meses, tempo previsto no projeto para o encerramento da pesquisa-intervenção. Tendo como parâmetro os outros grupos já realizados no projeto, bem como o próprio GIU que acontecia no CAPS, percebemos que o GIF tinha uma temporalidade própria e que não terminaríamos o trabalho de leitura e discussão do Guia no prazo previsto. Acelerar o processo equivaleria, também, a sacrificar a forma de trabalho que havíamos construído e que se mostrava pertinente para o grupo. Decidimos manter o ritmo de trabalho que avaliamos ser necessário e fazer os ajustes que fossem precisos no projeto para mantê-lo²⁴. Os encontros do GIF estenderam-se até junho de 2013, com quase noventa encontros (o GIU com a participação dos pesquisadores universitários se realizou em vinte e sete encontros).

Esta forma de trabalho transformou o modo de funcionamento habitual do grupo. Logo que a pesquisa começou, a fala de cada participante quase não sofria interferência dos demais. As falas das trabalhadoras eram tratadas como “informes”, enquanto as falas dos familiares eram tratadas como “testemunhos” ou “depoimentos”. O trabalho com o Guia foi alterando significativamente esse funcionamento ao longo dos meses. As falas passaram, progressivamente, a se entrecruzar mais e a se questionarem umas às outras, envolvendo-se de maneira inextrincável. O trabalho do

²⁴ A situação era preocupante sobretudo do ponto de vista do financiamento de que dispúnhamos para ir a campo. Possuíamos um orçamento limitado para as diárias de transporte, o que nos exigiu adaptações. Júlia e eu passamos a fazer outro trajeto para retornar de São Pedro da Aldeia a Niterói, cuja passagem era mais barata, mas que dispndia mais tempo de viagem. Voltar do trabalho de campo tornava-se mais difícil e cansativo, o que repercutiu em nossa capacidade de produzir as memórias e as narrativas previstas na metodologia. Ao final do prazo previsto no projeto enviado a FAPERJ, informamos à agência financiadora o andamento do trabalho e solicitamos financiamento para um projeto de continuidade, o que nos foi concedido.

manejo visava deliberadamente a este tipo de funcionamento: inicialmente localizado nas pesquisadoras, o manejo procurava sua própria distribuição, descentrando-se. Cada participante tornava-se corresponsável pelo manejo do grupo, fazendo relances, reflexões e atentando para a participação dos demais²⁵. Essa ficou sendo uma característica do grupo até 2013 e foi considerado pela pesquisa como um efeito importante do dispositivo GAM.

Também nestes primeiros meses, percebemos que o trabalho com o Guia no GIF exigia algo que, inicialmente, nos pareciam desvios em relação ao tema que então estava sendo discutido – ou pelo menos, em relação ao que supúnhamos de antemão ser o tema principal. Por exemplo, veremos adiante que a conversa sobre os efeitos dos medicamentos levava os participantes a narrarem suas experiências de solidão, um sentimento marcante para o grupo. Durante os encontros, essas narrativas fugiam à sequência lógica do Guia, que encadeava questões sobre os efeitos colaterais, dosagens, horários... Se, a princípio, Júlia e eu nos sentíamos um pouco desorientadas quanto aos rumos da pesquisa quando isso acontecia, compreendemos aos poucos que estas associações temáticas eram, de fato, respostas extremamente precisas e pertinentes ao que estava sendo discutido no Guia. Como veremos adiante, a associação entre medicamentos e solidão não é arbitrária. Aprendemos, portanto, a confiar nas associações feitas no grupo e a usar o Guia como âncora, e não como um quadro rígido para as discussões. Havia, além disso, questões específicas deste grupo (familiares moradores do Município de São Pedro da Aldeia), que traziam elementos novos para as questões propostas pelo Guia. No caso da discussão sobre direitos, por exemplo (Guia GAM-BR, página 43 e seguintes), um dos principais temas discutidos foi o do transporte público na região. Também esse tema estava conectado aos sentimentos de abandono e solidão. Sob este aspecto, as características do município de São Pedro da Aldeia compareciam como fatores agravantes. Relativamente distante da capital e com muitos problemas concernentes ao transporte público, as pessoas sentiam-se ainda mais isoladas e com dificuldade de acesso a serviços, amigos ou parentes. Como cidade turística, trata-se de um município com muitas casas de veraneio. Uma participante do grupo relatava sentir-se muito só porque seus vizinhos eram todos veranistas e as casas ao redor de onde morava estavam fechadas a maior parte do ano. Assim, a importância do passe livre para o acompanhante, a necessidade de obter o direito ao passe para além

²⁵ Cf. também RAMOS, 2012.

das duas viagens previstas diariamente (permitindo frequentar outros lugares além do próprio CAPS), a precariedade das linhas de ônibus na região, enfim, todos os temas relativos ao direito de ir e vir mobilizavam o grupo. Inclusive, grande parte da combinação acerca dos encontros do GIF estava vinculada aos horários dos ônibus e à dificuldade de se locomover na região, que afetava os familiares, os trabalhadores e as pesquisadoras. O tema do direito à mobilidade e ao deslocamento foi uma dessas questões que nos instruiu quanto ao que era relevante para o grupo.

Outra questão importante relativa ao funcionamento do grupo foi quanto à leitura do Guia. Muitos participantes do grupo não sabiam ler ou liam com dificuldade. No início, isso causou certa preocupação ao grupo de pesquisa, pois temíamos que o instrumento se tornasse sem sentido para o grupo. No entanto, isto não foi um problema para o GIF, ao contrário²⁶. Aqueles que podiam liam as questões em voz alta, enquanto os demais acompanham ouvindo ou lendo em silêncio. Aos poucos, foi se tornando um desafio instigante ler em voz alta no grupo e algumas participantes aproveitavam os encontros para praticar a leitura. O grupo ganhou a conotação de um espaço de aprendizado e de ajuda mútua. Mesmo quem tinha dificuldade para ler mostrava considerar o Guia um instrumento importante, cuidando bem dele e o trazendo sempre para os encontros²⁷. Um ou outro participante não levava o Guia para o grupo, preferindo apenas ouvir (eram geralmente casos em que as participantes tinham também problemas de visão). Na maior parte das vezes, as respostas não eram escritas no Guia. As exceções eram os quadros a serem preenchidos, como os da página 23 e da página

²⁶ Essa situação não se mostrou problemática para os participantes que frequentavam regularmente o grupo. Soubemos posteriormente, contudo, que uma das hipóteses que os participantes do GIF formulavam para a ausência de outros familiares nos encontros era a possibilidade de eles se sentirem envergonhados por não saberem ler.

²⁷ No grupo de pesquisa, fazíamos um paralelo entre o Guia e o que Lygia Clark (1920-1988) denominou “objeto relacional”. Lygia Clark foi uma artista brasileira que realizou diversas intervenções explorando o espaço, o corpo e as possibilidades terapêuticas da arte sensorial. Na década de 70, tendo estudado na Sorbonne e sob influência de seus estudos sobre intervenções terapêuticas, Lygia Clark dedicou-se a trabalhar a relação entre o corpo e determinados objetos (os objetos relacionais), interessando-se pela ressonância afetiva que se estabelecia entre eles e pelo seu papel na estruturação do *self*. Um destes objetos (que se aproximava do sentido do Guia no GIF) era uma pedra que ganhou o nome *Prova do Real*: um seixo, que era colocado na mão do cliente e ali permanecia, enquanto ele ia fazendo sua experiência com outros objetos relacionais. Cf. ROLNIK, (1994). Agradeço ainda a Dr. Jean-Marie Lemaire por indicar a semelhança entre o modo de funcionar do Guia e “objetos flutuantes” empregados na terapia sistêmica. Philippe Caillé foi quem primeiro conceituou os objetos flutuantes na década de 1980 (CALICIS, 2006).. Tais objetos se inserem no processo de co-criação entre pacientes e terapeutas, servindo de intermediários no processo de experimentação e encontro que caracterizam a terapia. Muitas vezes tendo um caráter lúdico, estes objetos, segundo Caillé, servem de balizas que esboçam um contexto em um mar agitado, ou ainda, segundo Yveline Rey, também importante sistematizadora acerca do tema, eles são como um balão que permite observar o território em seu conjunto, visto do céu (SPROCQ-DEMARCO; REY, 2008).

42, com informações sobre a rede de apoio, ou o da página 54, com informações sobre a aparência, dosagem e horários das medicações. Nesses casos, quem sabia ler e escrever, inclusive nós, pesquisadoras universitárias, ajudávamos os demais participantes. Além disso, durante os encontros, eu e minhas colegas de Universidade fazíamos anotações em nossos diários de campo; alguns participantes também faziam anotações ou marcações em seus Guias.

Combinamos com o grupo que os encontros seriam audiogravados. Logo no início do trabalho, apresentamos ao grupo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II), pré-requisito para a realização de pesquisas com humanos nas universidades brasileiras. O texto previsto para o TCLE deve ser apresentado ao Comitê de Ética da Universidade antes do início da pesquisa e deve obrigatoriamente apresentar algumas informações, como a garantia de sigilo aos participantes. No entanto, para a pesquisa-intervenção participativa que realizávamos, as noções de anonimato, consentimento e esclarecimento eram, todas, muito questionáveis e problemáticas. Como esclarecer os demais acerca de um processo que ainda construiríamos juntos? Como consentir de uma só vez, por meio de uma assinatura, a um processo que mal havia começado?²⁸ Por que assumir, de antemão, que

²⁸ O modelo de consentimento esclarecido é, aqui, o do tipo biomédico. O consentimento esclarecido é internacionalmente reconhecido como uma das bases da relação médico-paciente (SELINGER, 2009) e serve como uma garantia legal ao médico, indicando que o paciente permitiu os procedimentos realizados com base no conhecimento de suas possíveis consequências. Além de esse modelo não se aplicar da mesma forma a intervenções clínicas em psicologia, eles se apoia em uma noção individualista de autonomia e no pressuposto de que a compreensão e o esclarecimento advêm da transmissão de informações. Ambas são ideias bastante questionáveis. Selinger (2009, p. 50) afirma que , “Total autonomy of one individual has a negative effect on autonomy of other individual”. A noção de autonomia de que dispúnhamos na pesquisa, baseada nos estudos de Francisco Varela, não é condizente com esta afirmação. Da mesma maneira, a concepção de Varela acerca da cognição não nos permitia identificar o esclarecimento à mera transmissão de informações. No caso do Reino Unido, discutido por Selinger, uma das exceções legais ao consentimento esclarecido é justamente a de pacientes com transtornos mentais. Salvo esta e outras exceções, uma escolha tida como irracional não compromete o direito de decidir – ela deve ser aceita pelo médico e pela justiça, malgrado as consequências adversas que ela pode acarretar para o paciente. No Brasil, o TCLE contempla a possibilidade de ser assinado pelo representante legal do participante da pesquisa (caso dos usuários do sistema de saúde mental que são curatelados). A autorização jurídica para determinadas intervenções médicas também é atribuída ao representante legal. Vale lembrar, ainda, que a questão do consentimento era bastante delicada para o GIF, uma vez que o questionamento ético que fazíamos em relação à participação e ao consentimento dos familiares na pesquisa assemelhava-se às questões que estes mesmos se faziam em relação aos usuários: como obter o consentimento de seus parentes em relação ao tratamento em saúde mental? Seria aceitável, em determinadas circunstâncias, medicá-los sem que eles soubessem? A própria natureza do Projeto GAM gerava esse tipo de questionamento, referindo-se ao direito de escolha e de recusa ao tratamento medicamentoso. O consentimento estava, assim, longe de ser um tema fácil e incontestado e nos parecia mais importante tomá-lo como ponto de partida para a reflexão e questionamento no grupo do que como uma etapa inicial e burocrática do trabalho. A decisão de não submeter essa discussão (e a participação nos GIs) à assinatura do TCLE devia-se, portanto, ao fato de levarmos profundamente a sério o tema do consentimento, e não a um menosprezo da questão.

o sigilo é necessariamente um benefício para os participantes²⁹? Decidimos, então, ler juntos no grupo o TCLE e, ao invés de exigir a assinatura dos participantes de forma burocrática, deixamos em aberto a questão da assinatura por tempo indeterminado. Leríamos juntos o termo quantas vezes fosse preciso, cada participante poderia levá-lo para casa e ficar o tempo que quisesse com ele, até decidir assiná-lo ou não. Pela experiência anterior com os outros grupos GAM, já sabíamos que a assinatura do TCLE, principalmente com os usuários, exigia reflexão e trabalho do grupo. Habitados a assinarem documentos para abrirem mão de alguns de seus direitos (como os documentos de curatela³⁰, por exemplo), o pedido de uma assinatura em um documento com termos bastante abstratos para quem não está familiarizado com as pesquisas acadêmicas é gerador de desconfiança e insegurança. Já havíamos decidido, portanto, dispor de tempo para conversar com o grupo e aproveitar o TCLE como ocasião para um processo de contratação e construção de relações de confiança e não um mero contrato a ser estabelecido logo de início. A questão acerca da gravação e do uso dos áudios foi conversada com o grupo mais de uma vez ao longo do processo de pesquisa e, ocasionalmente (sobretudo a pedido dos trabalhadores), o gravador era desligado quando se falava algo que não se queria ver divulgado posteriormente ou que fosse suscetível de represálias. Como consequência destas medidas, a participação na pesquisa acabou não ficando condicionada à assinatura do TCLE. Alguns participantes decidiram assiná-lo logo no primeiro encontro; outros disseram não querer assinar, pois não sabiam se poderiam estar sempre presentes na reunião (o que indicava que, para eles, o TCLE tinha o sentido de estabelecer um compromisso de estarem sempre presentes nas reuniões, exigência que lhes parecia demasiada e difícil de cumprir). Curiosamente, uma das familiares que fez esse pedido tinha uma participação bastante

²⁹ Baseávamo-nos, aqui, nas discussões realizadas por Vinciane Despret (2011a) acerca do sigilo em pesquisa, muitas vezes uma garantia de proteção para o pesquisador e não para o participante. Chauvenet, Despret, Lemaire (1996) chamam a atenção para o fato de que garantir ao outro a não divulgação do que ele nos dirá pode ser compreendido como a afirmação do quão desimportante é o que ele tem a dizer às pessoas, isto é, como um menosprezo e um silenciamento da relevância política de seu discurso. A *Clinique de Concertation* (LEMAIRE, 2013) nos faz refletir, ainda, acerca de um pressuposto implícito no TCLE: por que privilegiar, no diálogo com o outro, aquilo que não pode ser divulgado ou que causaria constrangimento? Poderíamos, antes, nos esforçar para procurar aquilo que permite ao participante sentir-se honrado e contente de ser divulgado em seu nome, atitude muito mais benéfica e terapêutica para a política de circulação de informações. Frente a um grupo como o dos familiares de usuários da rede de saúde mental, geralmente tão pouco ouvidos, essas indicações acerca da ética da pesquisa nos pareciam mais pertinentes do que aquelas implícitas no TCLE. O sigilo, embora importante em alguns casos, poderia ser uma grande violência em outras situações - a reflexão sobre esse tema deveria necessariamente ser feita junto ao grupo e a cada encontro e a cada situação, ao longo de todo o processo de pesquisa.

³⁰ A curatela é um instrumento jurídico que dá a alguém (doravante, o curador) o encargo de cuidar dos interesses de outrem que se encontra incapaz de fazê-lo.

regular e importante no grupo, embora de fato tenha se ausentado durante longos períodos. Uma destas temporadas de ausência seguiu-se a um dos encontros em que se emocionou muito. Esse caso apenas reforça a ideia de que a participação possui muitos sentidos, não podendo ser compreendida de modo inequívoco, em termos de tudo ou nada - a ausência desta participante em encontros do grupo não podia ser plenamente compreendida por meio da categoria de “não participação”. Essa situação questiona, também, a ideia de que o consentimento se refere exclusivamente a uma compreensão racional acerca da pesquisa. Outros familiares entraram no grupo mais tarde, após as primeiras conversas sobre o TCLE, e acabavam participando dos encontros e conversando sobre o Guia em uma época em que os dispositivos de pesquisa e do grupo de familiares do CAPS eram completamente coincidentes. Nesses casos, nos parecia despropositado lhes apresentar o TCLE e discutir sobre ele, uma vez que tal atitude equivaleria a impor uma condição para participar do único dispositivo de encontro para os familiares do CAPS.

A metodologia da pesquisa supunha a confecção de alguns registros escritos pelos pesquisadores universitários participantes dos GIs. A cada encontro, préviámos a confecção de uma “memória” e a cada sete encontros, uma “narrativa”. O ritmo de trabalho no GIF, os deslocamentos cada vez mais trabalhosos até o campo, bem como o volume de outros textos produzidos na pesquisa³¹, foi minando a nossa capacidade, no GIF, de cumprir com esses objetivos. Inicialmente, produzíamos em dupla as memórias (Julia e eu tínhamos estilos e ritmos diferentes de escrita e mesclávamos nossas impressões em uma só memória, destacando em cores diferentes a contribuição de cada uma de nós); ao longo do tempo e com a substituição de Julia por outra pesquisadora, Lorena Guerini, em 2012, as produções escritas de memórias se tornaram mais rarefeitas e eram realizadas sobretudo quando uma ou outra de nós precisava se ausentar do campo (a memória tornava-se, então, um meio de comunicação entre nós, um modo de informar uma à outra o que havia acontecido no encontro). Este fato explica o porquê de grande parte das memórias reproduzidas ao longo deste trabalho referirem-se a encontros em que apenas uma das pesquisadoras estava presente.

Quanto às narrativas, foi uma grande perda para o processo de pesquisa-intervenção o fato de termos podido realizar apenas um Grupo Narrativo (GN) no GIF.

³¹ O GIU utilizava uma metodologia ligeiramente diferente de trabalho: eram três pesquisadores (ao invés de dois) e cada um deles exercia uma função específica no grupo, produzindo sua própria forma de registro escrito.

A primeira narrativa exerceu grande impacto sobre a assistente social que então participava do grupo. Lamentavelmente, as dificuldades que tivemos posteriormente para contar com a participação de um trabalhador no grupo nos faziam adiar constantemente a realização de um novo GN. É possível, também, que os efeitos da narrativa que construímos e os acontecimentos subsequentes tenham nos tornado excessivamente cautelosas em relação ao próximo GN.

O GN aconteceu nos dias 06 e 13 de setembro de 2011. A narrativa (Anexo III) foi construída de acordo com a metodologia prevista no projeto. O ritmo de trabalho no grupo nos levou a ler a narrativa ao longo de dois encontros. É preciso destacar que a narrativa exerceu mais impacto sobre a trabalhadora que sobre os familiares, que mantiveram com a narrativa uma relação semelhante àquela que mantinham com o texto do Guia: como ponto de partida para as discussões em grupo. Para eles, o texto parecia refletir bem aquilo que pensavam e sentiam, mas não foi uma fonte de grandes surpresas ou de novas reflexões. Apenas algumas poucas modificações foram sugeridas. A trabalhadora, contudo, sentiu-se surpreendida pelo conteúdo da narrativa. Conversando conosco após os encontros, ela disse não imaginar, por exemplo, que as familiares desconheciam o significado dos termos diagnósticos de seus filhos. Ela nos confidenciou que *todos imaginam, na equipe, estar fazendo um ótimo trabalho* mas que podia perceber que isso não correspondia à realidade. Ela, então, nos perguntou se podia levar a narrativa para ser lida na reunião de equipe, pois ela imaginava que outros trabalhadores sentiriam a mesma surpresa que ela sentiu. A princípio, a ideia nos pareceu muito boa e incentivamos a trabalhadora a compartilhar o texto. Na época, acabamos por não avaliar suficientemente bem as relações então bastante conflituosas entre membros da equipe e acabamos participando pouco desse processo de circulação da narrativa no serviço.

Em dezembro de 2011, acabou ocorrendo um episódio extremamente marcante para o grupo e também para os pesquisadores universitários: esta trabalhadora foi demitida do CAPS. Sua saída foi súbita e difícil, já que uma série de desentendimentos entre os trabalhadores marcava o cenário à época. Ela era uma trabalhadora muito querida pelos familiares e sua saída provocou grande tristeza. Também para Júlia e para mim foi uma situação difícil, temíamos que qualquer posicionamento nosso pudesse prejudicar o grupo ou algum trabalhador da equipe. Ficamos preocupadas e sem saber muito bem como agir. Para complicar ainda mais a situação no GIF, seria muito difícil que um novo trabalhador pudesse integrar o grupo no final do ano, período agitado no

CAPS, com todas as atribuições que os membros da equipe já possuíam. Assim, nós pesquisadoras universitárias nos responsabilizamos pelo grupo durante os últimos encontros do ano. Com receio de criar dificuldades para a equipe, ou entre os familiares e a equipe, conversamos pouco na época sobre a saída da trabalhadora, o que posteriormente se mostrou muito prejudicial para todos. Foi preciso muito tempo até que conseguíssemos lidar melhor com a saída da trabalhadora e conversássemos mais abertamente sobre o que havia acontecido, já em 2013. Durante o mês de janeiro de 2012, a pesquisa tirou férias; como éramos as responsáveis pelos encontros no CAPS, o grupo de familiares só voltou a se reunir em fevereiro, quando retomamos o trabalho.

Em fevereiro de 2012, a pesquisadora Julia precisava, por razões profissionais e pessoais, se afastar do trabalho de campo. Foi um período de transição delicado para o grupo. O GIU com a participação dos pesquisadores universitários terminara em novembro de 2011 e o trabalho com o GIF, ao que tudo indicava, ainda iria se estender por pelo menos mais alguns meses. Decidimos que Julia seria substituída no GIF pela pesquisadora Lorena Guerini³², que já integrava o grupo de pesquisa e acompanhava as supervisões semanais na Universidade. Ela foi apresentada ao grupo no final de fevereiro. Ao mesmo tempo, soubemos que um novo grupo GAM com os usuários se realizaria a partir da iniciativa dos trabalhadores, que tinham ainda muitas dúvidas e receios acerca de como conduzir o grupo. Nossa presença no CAPS era cada vez mais importante e nossos contatos se estendiam para além do GIF: chegávamos cedo ao CAPS, conversávamos com os trabalhadores, procurávamos apoiar a trabalhadora em sua iniciativa de criar um novo grupo GAM e passávamos também algum tempo conversando com os usuários. Estes pareciam ver com bons olhos o GIF, ficavam contentes quando seus parentes frequentavam o grupo e, salvo um ou outro episódio que procurávamos manejar da melhor maneira possível, nos consideravam, pesquisadoras universitárias, como aliadas, isto é, como alguém que os ajudava quando tinham alguma desavença ou desentendimento com seus familiares. Às vezes, uma usuária³³ de quem

³² Lorena Guerini entrou no Mestrado da UFF em 2013 e sua pesquisa está ligada ao trabalho de Apoio Matricial realizado na Rede de Atenção Psicossocial de São Pedro da Aldeia, um desdobramento da intervenção da GAM no CAPS do Município.

³³ Esta usuária era tida pela equipe como uma das mais difíceis e mobilizava afetivamente a todos - pesquisadores, trabalhadores, familiares e outros usuários. Ela cativava a todos, ao mesmo tempo em estava sempre envolvida nas brigas ou confusões que aconteciam no CAPS. Os pesquisadores mantinham uma boa relação com ela e a equipe por vezes tentava nos “alertar” de que ela traria problemas. Essas diferentes percepções acerca da usuária eram motivo de discordância. Também a relação entre sua família e a equipe era difícil: alguns suspeitavam que a família era responsável por maus-tratos; outros se sentiam desconfiados e temiam que a família procurasse apenas obter vantagens. No GIF, tanto seu pai quanto sua

éramos bem próximas ia ao grupo, seja para visitar a reunião, seja para falar com sua mãe ou amigas, seja para protestar por alguma razão. Os familiares do GIF, à medida que o tempo ia passando, iam se mostrando cada vez mais atentos aos demais usuários, preocupando-se não apenas com seus próprios filhos ou irmãos. Às vezes eles compartilhavam das inquietações de um dos membros do grupo em relação a um usuário, outras vezes eles manifestavam ter uma opinião diferente. Um familiar podia, por exemplo, achar que seu filho estava piorando: ora os demais participantes ficavam mais atentos a este usuário e avisavam ao familiar se soubessem de algum problema, ora diziam discordar de sua opinião, contando, a partir de sua própria observação e experiência, situações recentes em que o usuário se mostrava alegre e autônomo. De todo modo, procuravam se envolver mais com os usuários e os demais participantes do GIF, mostrando cuidado e atenção uns para com os outros e estendendo a rede de cuidado. Tanto o GIF quanto a própria abordagem GAM mostravam estar se desenvolvendo e gerando efeitos interessantes no CAPS, ainda que frágeis e um pouco inconstantes. Parecia-nos importante, assim, continuar o dispositivo e apoiar estas transformações.

No entanto, a mudança na equipe de pesquisadoras no GIF aconteceu durante um período de relativa instabilidade no grupo. Apesar de todos os efeitos profícuos do dispositivo, a saída da trabalhadora ainda repercutia e nenhum outro trabalhador estava então disponível para participar do grupo: havia desentendimentos entre a equipe e a situação de trabalho era precária. Faltavam materiais básicos no CAPS (inclusive medicamentos), os trabalhadores recebiam seus salários com atraso e eram obrigados a manter vários empregos simultaneamente, em diferentes municípios. Do ponto de vista do trabalhador, participar do grupo de familiares era, na ocasião, visto como um afazer a mais e não como uma ajuda ou um recurso benéfico para o trabalho. Neste contexto delicado, procuramos realizar a passagem entre as pesquisadoras universitárias com bastante cuidado. Julia foi algumas vezes ao GIF com Lorena, o que ajudou muito a fazer com que ela logo se integrasse ao grupo. Ainda assim, muitos familiares vinham se ausentando e os que estavam regularmente presentes passavam grande parte dos encontros queixando-se da ausência dos demais e mostrando tristeza pelo esvaziamento do grupo.

mãe participavam esporadicamente das reuniões e seu pai, em especial, tinha uma postura bastante reivindicativa e crítica em relação à gestão da secretaria de saúde e do Município.

Fomos compreendendo, então, que as sensações de abandono e de ausência eram componentes importantes das vivências daquele grupo. Esses afetos nos atravessavam. De certo modo, essas sensações repercutiam também em nossas vivências como pesquisadoras: o término do trabalho no GIU, a dificuldade de ter um trabalhador conosco no GIF e outros problemas que vivíamos à época com o Projeto GAM³⁴ contribuíam para reforçar estes sentimentos, pelo menos para mim. Contudo, de um ponto de vista clínico, podíamos acreditar que estes episódios não explicavam inteiramente o que eu sentia, assim como as razões particulares de cada um dos participantes do grupo também não eram de todo suficientes para trabalharmos no GIF. Ao menos, viver estes sentimentos de maneira inteiramente privada não nos ajudava a criar estratégias comuns para lidar com as dificuldades. Estávamos interessados, no grupo, na dimensão coletiva destes sentimentos que nos perpassavam a todos, mesmo que de maneiras diferentes. Eu podia, então, recorrer a esses afetos que me atravessavam para entender o que se passava no grupo e para criar, junto aos outros, novas formas de agir. Esta dimensão coletiva poderia nos ajudar, por exemplo, a questionar a sensação de responsabilidade individual vivida como um peso por cada um dos participantes e que nos impedia de continuar trabalhando. A consideração da dimensão coletiva dos problemas que enfrentávamos não anulava de modo algum a extrema singularidade de nossas experiências pessoais; permitia-nos, antes, dar novos significados e novas desdobramentos àquilo que vivíamos e que se mostrava indissolúvelmente conectado às experiências dos demais. Voltaremos a essa questão mais adiante.

A consideração da dimensão coletiva das experiências de ausência e abandono nos permitiu compreender diferentemente algumas das “características” do grupo. Logo quando a equipe de pesquisadores universitários chegou ao CAPS, os trabalhadores nos descreveram o grupo de familiares como relativamente apático e sem muita iniciativa; portanto, bastante desmobilizado para, por exemplo, criar uma Associação de Usuários e Familiares³⁵. Como veremos adiante, o GIF permitiu articular essas dificuldades a muitos outros aspectos diferentes dos da desmobilização política e da apatia. Era possível compreendê-las como uma recusa ativa por parte do grupo. Ou seja, quando se

³⁴ Ainda no início de 2012, soubemos de maneira abrupta que o Projeto GAM não dispunha mais de orçamento para manter as bolsas de alguns doutorandos, o que implicou uma interrupção das bolsas recebidas por três pesquisadores da UFF, inclusive a minha própria.

³⁵ Em 2011, houvera algumas tentativas de criar uma Associação tendo como ponto de partida a iniciativa de uma gestora da rede de saúde mental do município. Foram feitas algumas reuniões sem grande participação dos familiares e usuários, que acompanhavam o processo um pouco à distância.

compreendia a atitude dos familiares em termos coletivos e políticos, a apatia transformava-se na recusa em tomar para si tarefas que os familiares desejavam ardentemente que fossem compartilhadas com os trabalhadores. As sensações de abandono e solidão faziam com que a Associação parecesse legitimar a falta de apoio que os familiares sentiam e a suposta necessidade de “agir por conta própria”, aumentando sua sobrecarga. Também os trabalhadores se sentiam sós e sobrecarregados e eram tão intensos em seu desejo de ver os usuários e familiares mais independentes que terminavam por assustá-los. Curiosamente, a Associação não era vista como um instrumento de união e colaboração, ao contrário. Neste contexto, um discurso abstrato de exaltação da participação ativa e da responsabilidade individual era bastante sem sentido e quase ofensivo. Da mesma maneira, ao longo do tempo fomos compreendendo juntos ser necessário complementar o sentido do texto do Guia GAM de acordo com o que aprendíamos no grupo. O Guia sugeria, por exemplo, que uma das principais dificuldades no diálogo com o médico seria a crença de que ele sabe mais do que os outros, o que provocaria o medo de contestar sua autoridade. Pelo menos para os familiares, evitar contestar o médico não era uma atitude resultante de um respeito excessivo ao seu saber, ou, pelo menos, não era apenas isso; essa atitude devia-se também ao temor de sentir-se ainda mais só e desamparado: se se contestar aquele que está disposto a ajudar, com quem mais contaríamos? Essa foi uma modulação importante para o Projeto GAM e para a leitura do Guia no GIF³⁶.

Paradoxalmente, foi quando houve de fato contração do grupo que sentíamos intensamente as ausências e o esvaziamento. Lorena e eu conversávamos muito sobre essa dificuldade e nos angustiávamos, junto com os familiares, quando encontrávamos o grupo vazio. O GIF já era percebido como um apoio para cada participante e como um recurso quando se precisava de ajuda. Sendo assim, as faltas de membros do grupo e a

³⁶ O GIF requisitava cuidado no manejo dos conflitos e no confronto entre pontos de vista divergentes. A delicadeza das relações familiares e as exigências de cuidado mútuo entre familiares, usuários e trabalhadores impunham um tom peculiar ao trabalho da GAM nesse grupo. Isto exigia-nos uma atitude próxima à da abordagem da *Clinique de Concertation*, na qual se busca velar pela “praticabilidade” dos conflitos (MASSET, 2012, p.3-4): “Exprimer un conflit, c’est (...) le partager pour qu’il soit re-connu, repris par tous comme une matière première qu’il va falloir modeler, moduler.” (...) “Il ne s’agit pas de supprimer les conflits mais de les rendre praticables, partageables. ». Essa atitude depende da construção de confiança que, como indica Masset, começa frequentemente por questões banais, que, aos poucos, promovem uma reconfiguração da situação de conflito. Em agosto de 2013, apresentei uma versão parcial deste trabalho à banca de qualificação e agradeço às observações da professora Márcia Moraes, que apontaram para o fato de que a narrativa da experiência com o grupo ainda estava excessivamente presa à atitude cuidadosa do manejo, fazendo com que as tensões existentes entre os diferentes pontos de vista não aparecessem clara e explicitamente para o leitor. Espero ter dirimido parte dessa dificuldade na versão final da tese.

ausência de familiares que outrora o frequentavam passavam a ser muito notadas e vividas com grande tristeza pelos participantes. O grupo parecia não funcionar justamente quando estava funcionando! Ao longo dos primeiros meses de 2012, houve grande flutuação na participação no grupo; alguns encontros contavam com apenas dois ou três participantes, além das universitárias; às vezes ia apenas um. Mesmo quando o grupo estava cheio, passava-se uma grande parte do encontro listando-se os ausentes, trocando-se notícias a respeito deles e imaginando-se as razões para o fato de o grupo estar vazio. Nessa época, o peso da responsabilidade individual também se fazia sentir para nós, pesquisadoras-universitárias no GIF. Perguntávamo-nos, inclusive em supervisão, o que estávamos fazendo de errado para que o grupo estivesse tão vazio. Cada falta nos trazia mais preocupação acerca da condução do grupo e também acerca do andamento da pesquisa, já que a leitura do Guia seguia em ritmo cada vez mais lento. Em um determinado momento, decidimos conversar com os participantes do grupo sobre as hipóteses que eles tinham para esse esvaziamento – procurávamos passar de uma especulação sobre as razões individuais das ausências para uma reflexão relativa ao próprio grupo, de modo que pudéssemos pensar juntos sobre aquilo que nos preocupava. As hipóteses foram diversas: algumas participantes achavam que certos familiares podiam ter vergonha de frequentar o grupo por não saber ler; outros achavam que os encontros antes do início da pesquisa funcionavam de uma forma diferente, que agradava mais às pessoas (antes, havia leitura de textos e dinâmicas; a mudança no formato dos encontros era um ônus da confusão entre os dispositivos do CAPS e da pesquisa-intervenção). Uma participante nos disse, uma vez, que achava que as pessoas se ausentavam porque o Guia as forçava a pensar e que isso não era fácil para todo mundo (essa observação nos preocupou especialmente, pois, pela própria sensação de tristeza que rondava o grupo, temíamos que os encontros estivessem ficando muito “pesados”)³⁷. Outra participante nos contou, simplesmente, que uma familiar lhe disse que deixara de frequentar o grupo porque *essas meninas da pesquisa eram muito chatas*.

Os períodos mais agudos de esvaziamento do grupo foram em março e em dezembro de 2012. Em março, estávamos discutindo o tema dos direitos dos usuários,

³⁷ Já em 2013 e ainda às voltas com questões acerca do funcionamento do grupo, dois trabalhadores que frequentaram o GIF durante alguns encontros sugeriram alternar a leitura do Guia com a realização de “dinâmicas” que animassem o grupo e fossem mais alegres. Curiosamente, ao experimentarmos essa possibilidade, a trabalhadora propôs uma dinâmica que a fez lembrar episódios bastante tristes de sua própria vida, levando-a a chorar durante o encontro.

uma das questões mais difíceis tanto para os familiares quanto para os trabalhadores. Nas etapas anteriores do Projeto GAM, o tema do direito à recusa do tratamento medicamentoso fora o que causara o maior embaraço à equipe. Também para os familiares, a possibilidade de interrupção do tratamento medicamentoso de seus parentes era bastante assustadora. Já em dezembro, o tema em debate era uma retomada do que havia sido trabalhado no Guia até então. Já nos aproximávamos do fim do Guia (o que significava, também, a proximidade do término da pesquisa-intervenção) e uma das épocas de maior esvaziamento do grupo foi durante a leitura da página 80 do Guia e páginas seguintes (com as questões relativas ao tópico “A escolha em Participar mais Ativamente no Tratamento”). É importante destacar também que em dezembro de 2012 a gestão municipal atual chegava ao fim (em outubro houve as eleições municipais e o governo da situação não obtivera a reeleição). Foi um período de grande instabilidade e incerteza para a equipe. A maior parte dos trabalhadores era contratada e seus empregos dependiam da decisão dos novos gestores. O clima no CAPS era tenso e ameaçador.

À medida que conversávamos sobre o esvaziamento do grupo, fomos passando de uma exploração de causas e responsabilidades individuais para a criação de estratégias coletivas para lidar com a situação. Progressivamente, isto modificou a compreensão que mantínhamos acerca da repartição de responsabilidades no grupo. Voltaremos a esta questão mais adiante. Quando conversávamos sobre o que podíamos fazer frente às ausências, percebíamos que havia um grande desejo de que cada vez mais gente participasse do grupo. Cada novo participante que porventura aparecia era recebido com grande alegria. Aliás, esta também foi uma particularidade do GIF em relação aos demais GIs até então realizados: ele era francamente favorável à abertura do grupo. No GIU, por exemplo, o desejo de receber novos participantes convivia ao lado do desejo de manter o grupo fechado, com participantes fixos. Com os usuários, era preciso outro tipo de trabalho em relação à dinâmica de abertura e fechamento do grupo, sendo sempre necessário negociar a entrada de novos participantes (o GIU chegou mesmo a decidir, por um período, não aceitar novos participantes para não quebrar a linearidade do trabalho com o Guia). Já no GIF, o fechamento do grupo nunca foi uma possibilidade viável, devido à própria confusão entre os dispositivos de pesquisa-intervenção e o do CAPS. Ao longo do trabalho, os participantes foram se mostrando cada vez mais animados com a ideia de o grupo se expandir e contar com novos participantes. Fomos entendendo que a tristeza pelas ausências e pelo esvaziamento do grupo era, também, uma das faces desse possível movimento de expansão. Em maio de

2012, surgiu a ideia de realizarmos um lanche coletivo para divulgar o trabalho do grupo de familiares e convidar antigos e novos integrantes a participarem dos encontros semanais. Segundo as experiências anteriores dos familiares, os lanches sempre atraíam as pessoas ao CAPS e eram uma ocasião festiva de confraternização. Na ocasião, refletíamos sobre a importância do grupo e sobre as motivações que levavam aqueles que frequentavam o grupo a se reunir. Essas reflexões foram o mote para a confecção coletiva de uma carta-convite para o lanche (Anexo IV). Todos se mobilizaram bastante para a realização do evento: uma participante entregou pessoalmente a carta de casa em casa, visitando aqueles que ela conhecia e que haviam, ao longo dos anos, deixado de frequentar o grupo; outros levaram cópias da carta para o dia de atendimento do psiquiatra, no qual o CAPS contava com a presença de muitos familiares. A reunião foi muito bem-sucedida, contou com o envolvimento de todos os trabalhadores e usuários para sua organização e fez com que alguns familiares fossem ao grupo pela primeira vez nas semanas seguintes. Até 2013, realizamos alguns desses encontros, que eram de fato ocasiões muito alegres de reunião entre os familiares e também entre os usuários e trabalhadores.

Foi também neste período de indagação sobre os ausentes em que surgiu uma inquietação no grupo a respeito do caderno que, durante muito tempo, servira de registro da presença no grupo e das atas dos encontros. Sob os cuidados da trabalhadora que fora despedida, o caderno desaparecera depois de sua saída. Lorena e eu não realizávamos este tipo de registro compartilhado com o grupo, a ser deixado no CAPS. À medida que lembravam antigos participantes, os membros do grupo começaram também a se lembrar do caderno e a quererem saber onde ele estava. Isto foi motivo de longas conversas no grupo e também de reivindicações por parte de alguns familiares à direção do CAPS. Até então, para nós, pesquisadoras universitárias, nunca havia surgido tão claramente uma preocupação do grupo com o seu registro e a sua história. De certo modo, no início do trabalho, parecia-nos haver mesmo uma relativa repetição nos encontros: os participantes não pareciam se conhecer muito bem e contavam muitas vezes os mesmos episódios ou “testemunhos” no grupo, parecendo se esquecer dos encontros anteriores. Julia e eu, e mais tarde também Lorena, tínhamos a impressão de que o grupo de familiares possuía uma temporalidade própria. Havia a necessidade, no grupo, de se relatar por diversas vezes os mesmos episódios, em geral relacionados ao primeiro surto ou adoecimento de seus filhos. Algumas lembranças eram especialmente marcantes e às vezes era difícil ter uma noção clara da passagem do tempo. Os relatos

ligados aos períodos de adoecimento pareciam se repetir indefinidamente. Por outro lado, às vezes era difícil lembrar alguns episódios mais recentes e histórias ligadas ao próprio grupo ou aos demais participantes. Julia, Lorena e eu entendemos, então, que o GIF precisava estar em sintonia com esse ritmo próprio, para poder nele intervir. Com o passar do tempo (e a leitura progressiva do Guia), bem como com a inquietação em torno dos antigos participantes, foi se tornando mais evidente também que o grupo consolidava uma certa história coletiva. Pudemos perceber, ao longo da intervenção, transformações na relação do grupo com a passagem do tempo. À medida que avançávamos no Guia, criávamos também uma memória comum para o grupo. Nesse sentido, o grupo surgia concomitantemente à produção de uma narrativa comum (embora as narrativas previstas no desenho inicial da pesquisa não estivessem sendo de fato elaboradas à época). Nós, pesquisadoras universitárias, pudemos perceber o quão importante era o registro que era feito no caderno. Ao mesmo tempo, percebíamos que os relatos que até então nos soavam como repetição ganhavam uma mudança qualitativa e podiam ser ouvidos diferentemente no grupo ao serem reconectados a uma história e incorporados também à história dos ouvintes. Alguns desses relatos perdiam completamente o caráter de repetição: o novo contexto reconfigurava seus contornos e significados ou, simplesmente, eles não precisavam mais ser contados de novo, tendo sido integrados à história do grupo. O caderno só foi reencontrado no CAPS por volta de setembro de 2012. Sua reaparição foi recebida com grande emoção no grupo. Em janeiro de 2013, uma conversa sobre a importância do caderno serviu de ocasião para que conversássemos sobre a saída da trabalhadora e a saudade que ela havia deixado.

Ainda no início de 2012, contamos com a participação de Fátima, então coordenadora do CAPS nas reuniões do grupo. Havíamos conversado com ela sobre a importância da presença de um trabalhador no grupo, pedindo sua ajuda. A princípio, ela se dispôs a estar nas reuniões provisoriamente, até que outro trabalhador pudesse assumir o seu lugar. Ela era psicóloga, mas não atuava como tal no CAPS, assumindo “apenas” as tarefas ligadas à coordenação do serviço. O trabalho de gestão tomava muito seu tempo e era compreensivelmente fonte de muitas dificuldades e cansaço para ela. Como disse, a situação era de grande precariedade, o que a obrigava a responder pelos muitos problemas que o CAPS enfrentava sem, no entanto, dispor de meios efetivos para resolver a situação. Era ela, assim, quem acabava ouvindo as reclamações de familiares e usuários pela falta de medicamentos, de vagas para novos usuários, de trabalhadores... Sua situação, na época, era portanto bastante difícil, o que acabava

influenciando sua forma de estar no grupo. Ela se mostrava muito cansada e desiludida em relação ao trabalho em saúde mental. Muito frequentemente, ela precisava se ausentar durante as reuniões e participava pouco da leitura do Guia. Para Lorena e para mim, muitas de suas intervenções no grupo soavam como cobranças em relação à presença dos familiares no CAPS. Para afirmar a importância da família no tratamento, ela sublinhava suas presumidas responsabilidades e a necessidade imperiosa de estarem sempre no CAPS e não faltarem às reuniões do grupo. Essas intervenções contrastavam com o manejo que vínhamos experimentando no grupo. Não era raro que se criasse uma situação tensa entre as pesquisadoras universitárias e a trabalhadora. Eu acabava discordando de algumas de suas intervenções no grupo e nem sempre de forma hábil, o que, evidentemente, terminava em mais faltas dos familiares nos encontros seguintes. Este período foi a ocasião mais difícil e também de maior aprendizado acerca da importância de contar com diferentes pontos de vista e fazê-los trabalhar de maneira construtiva. Nesse período, pudemos compreender que as cobranças dos trabalhadores em relação aos familiares estavam ligadas a uma rede de dificuldades e obstáculos nos quais eles próprios também se sentiam cobrados. O GIF se apoiava sobre o reconhecimento desta “rede fria” (PASSOS; KASTRUP, 2013), em que trabalhadores e familiares terminavam em campos opostos e, ao mesmo tempo, apostava na reunião de pontos de vista distintos para formar uma “rede quente”, na qual o ganho de autonomia do trabalhador correspondesse a um ganho de autonomia para o usuário e sua família. Os pesquisadores universitários buscavam ajudar nessa passagem, embora muitas vezes também nos enredássemos e precisássemos nos reposicionar frente a essas redes.

Por isso, ao longo de 2012 convidamos Fátima e outros trabalhadores para estarem conosco nas reuniões multicêntricas do Projeto GAM-BR. Em março, ela e outra trabalhadora do CAPS foram até Campinas (SP) para a reunião com os outros centros de pesquisa e puderam conhecer o trabalho da Associação de Usuários e Familiares de Campinas, a AFLORE (Associação Florescendo a Vida de Familiares, Amigos e Usuários de Serviços de Saúde Mental de Campinas), que é bastante ativa e organizada. A rede de saúde mental de Campinas, cidade universitária de um dos estados mais ricos do país, é muito boa em comparação com a rede de outras cidades brasileiras, contando com serviços bem equipados e o apoio de pesquisas promovidas pela UNICAMP (Universidade de Campinas). As trabalhadoras voltaram bastante impressionadas com a estrutura que conheceram, o que gerou sentimentos conflitantes de estímulo e de desânimo frente às condições muito mais precárias que tinham que

enfrentar no município de São Pedro da Aldeia. Em julho de 2012, a reunião multicêntrica se deu na cidade do Rio de Janeiro, mais próxima de São Pedro da Aldeia, o que permitiu a participação não só de outros trabalhadores, mas também de alguns usuários e familiares.

Também em 2012, participamos do Fórum de Trabalhadores da Rede de Saúde Mental. A ideia de realizar o Fórum foi se construindo na rede desde o ano anterior, a partir da intervenção da GAM. Acompanhamos essa construção como um desdobramento do trabalho de promoção da cogestão e de consolidação das redes que propiciavam maior autonomia aos trabalhadores. Estivemos presentes apoiando estes encontros e ajudando em sua organização³⁸. O Fórum ocorreu em meados do ano (no dia 01/08/2012) e foi criada uma grande expectativa em torno de sua realização. Ele foi anunciado na imprensa local³⁹ e realizado no Teatro Municipal, mas, apesar disso, muitos usuários e familiares não estiveram presentes no encontro. Alguns familiares que estiveram lá nos disseram ter ido *para nos ajudar*, oferecendo seu apoio a nós, pesquisadoras-universitárias. Sua presença foi muito importante para nosso grupo e foi emocionante tê-los ao nosso lado nas discussões que então realizamos com os trabalhadores. O Fórum acabou dando origem a outras reuniões entre as equipes de saúde mental, que puderam levar à frente o debate acerca de alguns dos temas do Fórum, discutir casos clínicos e estreitar a ligação entre os diferentes serviços da rede.

Em outubro de 2012, com a ajuda de Fátima, convidamos dois trabalhadores para participarem do GIF, ambos auxiliares de enfermagem. Fátima já quase não participava dos encontros do GIF e Eliane e Bruno possuíam uma rica experiência prática acerca dos temas que conversávamos. Eliane trabalhava na dispensação de medicamentos e Bruno era um dos principais responsáveis pelas situações de emergências, sendo, por isso, uma figura muito querida e respeitada pelos familiares. Ambos eram muito próximos dos familiares e dos usuários e estavam presentes no serviço quase todos os dias, ao contrário da maioria dos trabalhadores do CAPS, que trabalhava no serviço de uma a duas vezes por semana. O convite a eles foi feito após uma conversa com todo o grupo, que manifestou alegria com a possibilidade de sua participação. Há, em grande parte dos serviços de saúde mental brasileiros, uma

³⁸ Esses encontros contavam com a participação dos trabalhadores e da gestora de saúde mental do Município e alguns dos pesquisadores, com destaque para o trabalho realizado pela então aluna de iniciação científica Beatriz Prata. Muitos desses encontros contaram também com a participação do professor Eduardo Passos.

³⁹ Cf. <http://rc24h.com.br/mobile/ver/index/3360/sao-pedro-da-aldeia-ii-forum-municipal-de-saude-mental-acontece-nesta-quarta-feira>

hierarquia implícita entre os trabalhadores ditos “técnicos” (isto é, aqueles que possuem curso superior) e os não-técnicos. Estes últimos nem sempre participam das reuniões de equipe, embora estejam sempre presentes no serviço e mantenham uma relação de grande proximidade com os usuários e suas famílias. Vimos na possibilidade de contar com trabalhadores não-técnicos no GIF uma grande ocasião de questionar essa hierarquia. Capazes de transitar com maior fluidez entre o saber prático dos familiares e o conhecimento acadêmico dos trabalhadores, os profissionais não-técnicos desempenham uma competência muito cara ao projeto GAM.

Infelizmente, Eliane só pôde participar do grupo durante alguns poucos encontros, pois ela precisou se afastar do CAPS devido a problemas de saúde. Bruno participou dos encontros até o final do ano, embora precisasse se ausentar com frequência devido às crises e emergências que precisava atender. Sua participação no grupo foi bastante interessante: os familiares muitas vezes se dirigiam a ele para saber mais detalhes sobre o dia-a-dia de seus filhos. Como muitos usuários passavam grande parte do dia no CAPS, os familiares percebiam que Bruno os conhecia de maneira bem próxima, mas sob uma perspectiva diferente da deles, que os viam apenas em casa, sem acompanhá-los em outras interações sociais ou outros ambientes. Bruno, por sua vez, estava sendo confrontado a um ritmo de trabalho completamente diferente do dele: acostumado à pressão das urgências e das situações extremas, as conversas do grupo pareciam lhe inquietar. Diante desta disparidade de perspectivas, nem sempre foi fácil criar um ritmo comum de trabalho. Bruno constantemente manifestava sua desconfiança em relação à proposta da GAM, pois, de acordo com sua experiência, muito centrada nas crises, eram inúmeras as ocasiões em que conversar com os usuários era impraticável. Em um grupo majoritariamente feminino, suas intervenções eram bastante originais, ainda que, nesta época, outro homem – Paulo, irmão de um usuário – também frequentasse o grupo com maior regularidade. Foi um período difícil, mas de troca bastante rica entre perspectivas diferentes.

No início de 2013, devido às mudanças de gestão subsequentes à eleição, decidiu-se por um novo cargo de coordenação no CAPS e Fátima deixou de trabalhar no serviço. Ao mesmo tempo, estava cada vez mais difícil para Bruno estar presente com regularidade no grupo. No início do ano, portanto, seguiu-se mais um período de

ausência de trabalhadores no GIF⁴⁰. Em fevereiro, contudo, a participação de Mônica, psicóloga do CAPS, mudou definitivamente este panorama. A reorganização no quadro de horários do CAPS realizada no início do ano permitiu à Mônica estar presente no serviço no dia da reunião de familiares. Ela logo se dispôs a estar presente no grupo e estabeleceu com os familiares uma relação de confiança e parceria. Mônica foi uma grande aliada na tarefa de divulgar o trabalho do grupo e na resolução das dificuldades enfrentadas pelos familiares. Ela ajudou a providenciar visitas terapêuticas, organizar lanches, mediar o contato com outros trabalhadores quando necessário... Mônica permaneceu no GIF até o término da participação das pesquisadoras universitárias, em junho de 2013, e continuou junto ao grupo após o término da pesquisa-intervenção.

Na ocasião de encerramento de nossa participação no grupo, percebíamos muitas diferenças em relação a quando chegamos no CAPS. Acompanhamos a contração do grupo e também mudamos nossa forma de compreender – e de sentir – as questões relativas à saúde mental, à cidadania, à política. Também nossa forma de fazer pesquisa se beneficiara dessa experiência. Para o grupo, o momento era de reajuste na forma de trabalhar, já que não necessariamente continuariam lendo o Guia. Agora, o grupo contava com a participação regular de diversos familiares e da trabalhadora. Escolhemos coletivamente duas familiares para serem monitoras do grupo, Leonor e Marli. A participação das duas foi muito importante ao longo de todo o GIF e elas tinham muita habilidade para mobilizar os outros familiares e promover reflexões e questionamentos. O trabalho das monitoras encarnava de forma muito vívida um dos princípios mais importantes da GAM, a corresponsabilização. Com a monitoria, as fronteiras entre o trabalhador e usuário/membro da família tornavam-se ainda menos evidentes. Buscávamos estender, assim, o exercício de deslocamento do ponto de vista que realizávamos por meio da leitura do Guia.

Também ao fim de nossa participação no GIF, avaliamos junto aos trabalhadores que seria importante o grupo de pesquisa continuar a apoiar as experiências dos GIs que eram então conduzidos pelos trabalhadores. No grupo com os usuários, também foram escolhidos dois monitores. Iniciou-se, então, um trabalho de apoio matricial aos trabalhadores do CAPS, nos moldes previstos no SUS⁴¹. Lorena e a então aluna de iniciação científica Thaís Mello ficaram responsáveis por oferecer o apoio institucional

⁴⁰ Com base na experiência do ano anterior, decidimos, dessa vez, que a pesquisa-intervenção não deveria tirar férias em janeiro, contrariando o calendário universitário. Em meados de 2012, Lorena e eu tiramos férias alternadamente, por duas semanas cada uma.

⁴¹ Cf. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf

a Sara, Mônica, Renata Figueiredo (psicóloga do CAPS) e os monitores dos grupos – Marli e Leonor no grupo de familiares e Mateus e Ana Márcia no grupo de usuários. Os encontros eram quinzenais e buscavam consolidar no serviço os efeitos positivos da pesquisa-intervenção.

Por fim, cabe ainda um comentário sobre a questão da Associação de usuários e familiares. Como vimos, no início da pesquisa-intervenção, a ideia de constituir uma associação deste tipo em São Pedro da Aldeia era abstrata e distante. Antes de iniciarmos o trabalho, era um dos objetivos do Projeto, por assim dizer, apoiar a construção de uma associação no município. Todo o ideário da GAM apoia-se na experiência deste tipo de associação; sua origem, no Canadá, deveu-se ao trabalho dos grupos organizados de usuários em defesa de seus direitos e tudo o que acompanhávamos acerca das lutas em saúde mental no Brasil envolviam as associações, tais com a AFLORE, em Campinas, ou a APACOJUM (Associação de Parentes e Amigos dos Pacientes do Complexo Juliano Moreira), no Rio de Janeiro. Mesmo considerando a imprevisibilidade do campo e o quão flexíveis são nossas metas de pesquisa, tínhamos, de maneira mais ou menos explícita, um objetivo bastante palpável quanto a isso. Logo no início, contudo, deparamos com a imensa dificuldade de concretizar este objetivo. Os trabalhadores nos alertaram, os familiares resistiram e, ao longo dos primeiros meses, fomos confrontados a uma espécie de decepção: a associação não parecia mesmo possível.

Porém, mudanças de perspectiva foram se sucedendo ao longo do tempo. Passamos a nos questionar, no grupo de pesquisa, por que deveríamos estabelecer esta meta tão rígida como medida dos efeitos do trabalho⁴²: Também fomos aprendendo a ouvir o que os familiares nos diziam, seus anseios e inquietações a respeito da repartição de responsabilidades entre usuários, familiares e equipe. Como nos disse uma familiar, uma vez, um plano de ação consistente exigia que a *equipe não estivesse isolada*. Se houvesse integração, nos disseram, os trabalhadores *estariam também em equipe conosco*. O mais importante, portanto, não nos parecia mais ser a existência de fato da Associação, mas sim a criação das condições para seu possível surgimento, caso isso fosse de fato avaliado como importante no futuro. De certo modo, deixamos de lado um dos nossos objetivos iniciais. Não que a Associação não mais nos interessasse,

⁴² Quanto a esta questão, agradecemos especialmente às observações do professor Emerson Merhy, por ocasião da banca de defesa de Mestrado de Júlia Florêncio de Carvalho Ramos, em 2012.

mas ela deixou de ser uma meta em si mesma e a régua com a qual mediríamos os efeitos do trabalho e de todas as pequenas associações que fazíamos cotidianamente.

Curiosamente, quando a Associação deixou de ser o foco, ela foi paulatinamente se tornando uma possibilidade concreta. Talvez justamente por abdicarmos, no grupo, da ideia de um alvo a ser atingido, tenhamos podido ampliar nossa perspectiva e criar as condições que a tornaram possível. Depois de quase um ano e meio de trabalho, convidamos alguns representantes de outras associações para conversar com o grupo. Foi o que ocorreu em janeiro de 2013, quando convidamos Cristina Costa, da Associação AFAGUS (Associação de Familiares, Amigos e Usuários da Saúde Mental de Búzios), e Alexandre Bellagamba, conselheiro fiscal da APACOJUM; ou, como em junho de 2013, quando convidamos Iracema Polidoro, presidente da APACOJUM, para conversar com o grupo na ocasião de encerramento de nossa participação no GIF. Sua fala mobilizou toda a equipe, familiares e usuários.

Quando a participação das pesquisadoras universitárias se encerrou no GIF, não havia ainda uma Associação funcionando no Município. No entanto, o tema já não provocava mais o mesmo tipo de reação que encontramos quando iniciamos o trabalho em 2011. Posteriormente, tivemos a notícia de que familiares e usuários, com o apoio de alguns trabalhadores, haviam criado a ASSAMESPA (Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de São Pedro da Aldeia)⁴³. Atualmente, recebemos notícias de que a Associação tem se consolidado e promovido atividades importantes para a rede de saúde mental no Município. Talvez a participação nos GIs tenha servido como um laboratório para promover a participação também em outros espaços. Do ponto de vista do projeto GAM, esta experiência nos levou a rever nossos modos de intervir e a repensar o significado da participação em saúde mental. Tal como nos indica a abordagem da Clinique de Concertation, trata-se de um trabalho “passo a passo” (ref) (“de proche em proche”), exigindo uma mudança de escala em nossa perspectiva e uma reversão de nossa atenção em direção ao que é periférico. No Projeto GAM-BR e, com especial evidência, no GIF, também há um privilégio da periferia. Os familiares não são o alvo ou o foco mais óbvio que se espera encontrar em um trabalho acerca dos direitos dos usuários de medicamentos psiquiátricos. Aproximar-se da questão da medicação pela via do cuidado com outro (seja o usuário de medicamentos, seja com os demais membros do grupo) era, no nosso caso, o disparador da

⁴³ Cf. o blog da Associação: <http://assamespa.blogspot.com.br/>

participação. A própria escolha do tema da medicação é, de certo modo, a de um tema que se tornou curiosamente “periférico” nas discussões em saúde mental. Tido como um dado indiscutível, ele tem estado “fora do foco” quando se trata de refletir sobre os tratamentos e o cuidado. Embora a GAM o eleja como tema dos encontros, estabelecendo um centro, sua maneira de proceder também é por um “passo a passo”. Discutíamos muitos temas relativos à cidadania e aos direitos – desde o transporte público até as relações amorosas - para que a questão acerca da escolha no tratamento medicamentoso pudesse ganhar sentido. Os familiares e trabalhadores que participaram do GIF exercitaram com afinco o deslocamento de ponto de vista que possibilitavam essas discussões. Com eles, aprendemos a analisar diferentemente o trabalho – de pesquisa e de intervenção – que estávamos realizando e a transformar as nossas práticas. Essa transformação, afinal, é mais uma das faces da natureza mesma do trabalho com o Guia GAM-BR no GIF.

2. Análise e pesquisa

O trecho que segue foi construído a partir do áudio e do diário de campo do encontro do dia 07/05/13.

Nesse dia, falávamos muito sobre a importância dos amigos e da rede de apoio. É difícil saber o que fazer quando se está só. Leonor fala sobre essa dificuldade que vive ao cuidar de sua filha.

Mas, na verdade, por que sua filha veio parar no CAPS? Pergunta a psicóloga Mônica, oferecendo ao mesmo tempo a explicação: é porque ela tem o que a gente chama de comorbidade. Ela desenvolveu uma doença mental.

Leonor confirma - *sim, enquanto foi só [a síndrome de] Down para lidar, eu fui estudar, fui me mexer, fiz tudo o que pude por ela. [Por isso ela se desenvolveu, diz Mônica quase ao mesmo tempo em que Leonor termina a frase]. Mas depois, Leonor continua, com a mudança para cá [para São Pedro da Aldeia], já não fez tão bem, ficou mais fechada... Depois, começou a ver gente, falar com gente. Hoje mesmo, quando ela saiu, ela disse, “olha, presta atenção, hein, a dona Orleans e Bragança está na rua, ela vai voltar, hein!”*

“Orleans e Bragança”, o sobrenome da família real brasileira - eu penso. Quando ouço a narrativa de Leonor, deduzo que sua filha delira, que imagina ter visto uma princesa. Quase lendo meus pensamentos, Leonor continua seu relato, sem se interromper:

“É uma princesa, que tem uma filha Down até, que está muito bem e que brincava com minha filha. Ela a tratava muito bem, a mãe, então minha filha se entusiasma, fica, assim, procurando.”

Tudo muda de figura. O pouco que eu pensava saber, já não sabia mais. Realidade e delírio, passado e presente se misturam. Fico surpresa de entender, agora, que não se trata propriamente de um delírio ou, pelo menos, não é somente isso: é também um entrelaçamento de lembranças - uma saudade, para Leonor e para sua filha. As visões da filha de Leonor são amigos do passado? Ainda ouvindo, digo que *é uma mudança muito grande, mesmo...* (Também eu começo a rememorar, lembrando as diversas ocasiões, no grupo, em que Leonor contou como foi difícil viver sua mudança para São Pedro da Aldeia, município isolado e mais pobre em recursos que a capital, onde moravam antes. Sua mudança fora uma necessidade frente às dificuldades financeiras que sua família enfrentava no início da década de 90, no período do Plano Collor, quando muitas empresas faliram e muitos trabalhadores perderam seus postos – dentre eles, o marido de Leonor).

Mônica também diz, junto comigo, que é uma mudança grande, são agora *outros tipos de laços sociais e que, alguns, de certa forma, ela perdeu...* Eu penso no Guia – discutíamos, nesse dia, a tabela da página 97, planejando nossas ações em relação aos problemas que identificávamos. O grupo definiu um desses problemas como “falta de

apoio e de coesão”. Conversávamos sobre rede de apoio e eu digo: *Por isso essa conversa sobre a rede de apoio é importante.*

Leonor continua: *Mesmo em relação á família, os netos... a gente está bem isolada, aqui.* Ela nos conta que tem um quatinho em casa, um quarto de hóspedes que vive vazio (ela já oferecera este quarto antes no grupo, deixando-o disponível para outras pessoas que porventura precisassem). Leonor está cansada e irritada, *ora, eu não estou dizendo? Tem um ano que não tem hóspede na minha casa! Não tem porcaria nenhuma!*

Eu ouço. Sinto a dificuldade e o cansaço. “Como fazê-los caber na tabela da página 97?”, eu me pergunto. Eu falo bastante - provavelmente demais -, valorizando a participação nos grupos e a reconstrução da rede de apoio: *A gente está vendo que a rede de apoio é uma coisa importante. Então, por exemplo, o fato de sua filha estar no grupo GAM ou em outros grupos, como nas oficinas, é uma coisa muito boa, são outros grupos em que ela pode estar se inserindo, construindo a rede de apoio e laços de confiança.*

Nesse ponto, é possível que eu tenha percebido alguma insuficiência no que eu mesma estava dizendo. Eu estou respondendo a quem? Sinto que eu devo voltar e digo, então: *De fato a senhora tem razão, é difícil quando essa rede de apoio diminui muito, não é? É como a gente estava vendo, é importante ter amigos, pessoas com quem contar...*

Leonor, então, pergunta subitamente: *Eu fico na dúvida: é certo fazer o que eu fiz? Dizer ‘não é a Orleans e Bragança, você deve ter visto errado’? Ou eu a deixo sonhar?*

O que significa conhecer? Esta pergunta não tem uma resposta óbvia. Na psicologia da cognição, ela é ponto de partida para muitas controvérsias, isso sem mencionar a complexidade do debate em filosofia. As metodologias de pesquisa em psicologia também não chegam a um consenso quando o assunto é determinar o modo mais confiável de se produzir conhecimento. Pois na passagem acima Leonor afirma que, quando somos interpelados por questões ligadas à saúde mental, tampouco há evidência: os saberes acadêmicos não parecem suficientes e a experiência do dia-a-dia está longe de ser inequívoca, tal como esperaríamos de um conhecimento sólido.

A reflexão sobre a análise em uma pesquisa-intervenção participativa como a GAM enfrenta, logo de saída, a pergunta: o que é pesquisar? Toda pesquisa visa à produção de conhecimento; seus procedimentos e efeitos definem, implícita ou explicitamente, sua posição a respeito do que ela entende por “conhecimento” e qual a

melhor maneira de alcançá-lo (ou produzi-lo). Assim sendo, também a análise depende do que se entende por pesquisa e de como se busca realizá-la.

Assim como outras pesquisas em psicologia, o Projeto GAM também se interroga sobre o que é o conhecimento ou, pelo menos, sobre que tipo de conhecimento lhe interessa produzir. Quando acompanhada dos qualificativos “intervenção” e “participativa”, a pesquisa ganha novos contornos, mas não escapa à pergunta acerca do que é conhecer. Tal interrogação nos orientava em relação à forma de trabalhar e de estar em campo. Ao mesmo tempo, também aprendíamos com a própria experiência de pesquisa: diversas vezes, os participantes do GIF nos mostravam que a incerteza e a ambiguidade não eram, de forma alguma, contrárias ao conhecimento.

Um projeto como o GAM-BR (uma pesquisa-intervenção participativa) pode dar uma dupla contribuição para o estudo da análise: a primeira delas refere-se ao ponto de partida desta pesquisa e como seu dispositivo foi construído, tendo como base um determinado tipo de compreensão acerca do conhecimento a ser produzido; a segunda refere-se aos efeitos da pesquisa, isto é, aquilo que ela foi capaz de nos ensinar a respeito do conhecimento e do próprio método de investigação que empregávamos. Refletir sobre o que significa pesquisar e conhecer é, portanto, o primeiro passo para compreender a análise em um pesquisa-intervenção participativa.

2.1. Um ponto de partida: A Biologia do Conhecimento de Francisco Varela

A GAM, desde sua origem canadense, tem uma posição muito precisa no debate sobre o uso de medicamentos em psiquiatria: a perspectiva do usuário e de sua experiência singular, cotidiana e concreta. As balizas da pesquisa sempre foram as da experiência e da vivência pessoal. Uma pesquisa ligada à GAM estaria, portanto, condicionada à inclusão da experiência no processo de pesquisa. Um de seus princípios básicos é a afirmação de que não é possível investigar os processos de cuidado em psiquiatria e em saúde mental abdicando-se do ponto de vista do usuário. A GAM foi desenvolvida justamente como resposta à atual concepção de tratamento em saúde mental, cada vez mais centrado na utilização de psicofármacos e no saber médico, deixando de lado as vivências e escolhas dos usuários¹ (O trabalho da GAM subtende que o tema da medicação em saúde mental não pode ser compreendido a partir de uma perspectiva distanciada, baseada apenas em dados estatísticos ou representações abstratas. Para a GAM, na base da produção de conhecimento está a experiência do usuário: eis aqui uma interrogação e uma crítica que, partindo de um contexto político e clínico, convocam também o meio acadêmico a refletir sobre as formas de produção de conhecimento.

Esta crítica atinge em cheio o que é, hoje, a tradição majoritária em psicologia experimental. Cada vez mais centradas em dados tidos como objetivos, as pesquisas adotam uma atitude próxima à da posição atual em psiquiatria: a de privilegiar a aferição estatística e uma suposta objetividade em detrimento da experiência (EIRADO et al, 2006). NA UFF, interessou-nos estudar, a partir de 2003, o fenômeno conhecido como “falsas lembranças” (lembranças que, embora vívidas para aquele que lembra, estão em desacordo com o que socialmente se considera como tendo ocorrido de fato). O que despertou nosso interesse foi o fato de a experiência de lembrar quase não estar presente nos estudos realizados pela psicologia cognitiva. Nessas pesquisas, pretende-se estudar as lembranças a partir protocolos experimentais, que quantificam os acertos e erros em perguntas sobre a acurácia: as lembranças correspondem ou não ao que aconteceu “de fato”? Há a presunção de uma objetividade que dá a medida para a comparação entre as respostas de diferentes sujeitos. A experiência mesma do lembrar sequer é consultada. O que interessa aos pesquisadores é a escolha feita pelo

¹ Para uma apreciação desta posição atual da psiquiatria no contexto norte-americano, de grande influência no Brasil, cf. LUHRMANN, 2001; FRANCES, 2013.

participante da pesquisa entre as opções arbitrárias definidas pelo protocolo experimental: tal objeto estava ou não presente na cena? Qual a cor da pele de tal indivíduo?

O modelo deste tipo de investigação experimental é o do tribunal (EIRADO *et al*, 2006). Busca-se julgar a experiência com base em acertos e erros, tendo como critério de objetividade o acordo intersubjetivo entre pares e, em última instância, o consenso social². Não por acaso, nas décadas de 80 e 90 nos EUA, as falsas lembranças se tornaram um problema relevante para a psicologia devido à polêmica instaurada nos tribunais acerca de falsos testemunhos involuntários (LOFTUS; KETCHAM, 1996; SHACTER, 2003). Terapias - então acusadas de tendenciosas - geraram uma onda de denúncias de abusos sexuais. Jovens clientes dessas terapias denunciavam em juízo seus pais como abusadores, graças à “recuperação”, durante o processo terapêutico, de lembranças que estariam até então “reprimidas”³. Longos processos judiciais se seguiram, alguns deles resultando na prisão dos acusados. Porém, no curso das investigações, concluía-se que muitas dessas denúncias não correspondiam aos fatos apurados. Ainda assim, estas jovens não estavam mentindo. Elas realmente lembravam, de maneira vívida e concreta, aquilo que denunciavam nos tribunais. O trabalho da psicóloga E. Loftus procura “vir em socorro” tanto destas jovens quanto dos pais injustamente acusados: a culpa seria das “falsas lembranças”, fenômeno subjetivo enganoso que produziria uma experiência mnêmica não confiável, discrepante da realidade dos fatos.

Esse cenário promoveu uma proliferação de pesquisas experimentais na área, que procuravam discernir as lembranças “falsas” das “verdadeiras” ou aferir como as lembranças falsas surgiam, de modo a permitir um controle de seu processo de produção

² Na pesquisa, denominamos essa instância de “coletivo-social” (EIRADO *et al*, 2006), caracterizada pela heteronomia. Para nós, ela não se confunde com a dimensão coletiva da experiência fundada na autonomia e que aponta para seu aspecto pré-refletido ou ontológico. O consenso social tem suas raízes no *bom senso* e no *senso comum* tais como os compreende Deleuze (2006), isto é, como, respectivamente, as faces dinâmica e estática de processos de conjuração da diferença. O primeiro é um processo de previsão, garantindo a distribuição da diferença em partes iguais e anulando-as, por fim, com a passagem do tempo. Do ponto de vista subjetivo, corresponde a uma regra universalmente partilhada (donde provém seu vínculo com os automatismos) e, do ponto de vista objetivo, a uma regra de partilha universal. O segundo apoia-se na reconhecimento ao afirmar a unidade do Eu e a identidade do objeto qualquer. “O bom senso não nega a diferença; ao contrário, ele a reconhece, mas o bastante para afirmar que ela se nega com suficiente extensão e tempo” (DELEUZE, 2006, p. 318).

³ Curiosamente, essas terapias não estavam tão distantes do intuito judicativo: também elas buscavam encontrar, no passado dos clientes, um “fato explicativo” para os problemas que eles viviam.

(BELLI, 1989; McDERMOTT; ROEDIGER III, 1995; REYNA; LLOYD, 1997)⁴. Loftus e Hoffman (1989) chegaram mesmo a estudar o que chamaram “novas lembranças”: não apenas a desinformação e a sugestão podiam alterar uma lembrança original, distorcendo-a, como podiam criar uma lembrança inteiramente nova, sem nenhuma base em episódios tidos como factuais. No Brasil, o estudo das falsas lembranças tem sobretudo sido um aliado no desenvolvimento de técnicas de interrogatório ou de interpelação investigativa ou jurídica mais eficientes, que evitem “criar novas memórias” em sujeitos tidos como vulneráveis (como crianças, por exemplo) (STEIN, 2010). A psicologia da memória caminhou ao lado da elaboração de técnicas de “depoimento sem dano” que, dentre outras preocupações, busca evitar a sugestibilidade⁵ nos depoimentos dados pelas crianças. Tornam-se indiscerníveis, nestas pesquisas, a preocupação moral e a investigação científica ou, ainda, o procedimento de pesquisa e o objeto pesquisado⁶; é difícil dizer onde termina um e começa o outro, ou quem influencia quem. Contudo, não há em nenhuma dessas pesquisas uma reflexão sistemática a respeito de tal indiscernibilidade. Na verdade, pretende-se fazê-la desaparecer dos experimentos, para os quais a objetividade de seus resultados independe de qualquer contexto. Afirma-se, simplesmente, que provas testemunhais seriam frágeis porque, como mostra a psicologia, a memória está sujeita à sugestão, pois ela não é uma representação fiel do mundo; ela é criativa - ou, melhor dizendo, enganosa. Em nome da justiça, coloca-se, de um lado, uma subjetividade falseadora e, de outro, uma objetividade que garantiria o consenso social. A experiência subjetiva aparece, afinal, como fonte de erro e confusão.

Curiosamente, as falsas lembranças se caracterizam exatamente por não se distinguirem, do ponto de vista de quem as experimenta, de uma lembrança dita verdadeira. Esse aspecto da questão, ao invés de atrair o interesse da psicologia experimental, é a razão de seu desinteresse pela experiência subjetiva. De nada serviria consultar o sujeito que lembra, uma vez que é justamente daí que parecem advir todas as

⁴ Atualmente, embora tenha se tornado um tema de menor comoção pública, ainda se realizam pesquisas na área buscando diferenciar as lembranças falsas das verdadeiras com base em exames de imagem cerebral.

⁵ Segundo Shacter (2003), a sugestibilidade é um dos sete “pecados” da memória, no qual um indivíduo tende a “incorporar informações enganadoras de fontes externas – outras pessoas, material escrito ou imagens, até mesmo os meios de comunicação – a recordações pessoais” (SHACTER, 2003, p.143).

⁶ O título de um dos capítulos do livro de Stein (2010) é particularmente expressivo: “Memória em julgamento : técnicas de entrevista para minimizar as falsas memórias” (STEIN, 2010, p. 209), de autoria de Leandro da Fonte Feix e Giovanni Kuckartz Pergher.

dificuldades de julgamento. A psicologia experimental, portanto, abdica de estudar a experiência; em lugar disso, ela procura nos equipar contra as distorções e os preconceitos que a experiência promoveria.

As falsas lembranças, contudo, são um fenômeno subjetivo extremamente interessante. Elas apontam para a criatividade e a inventividade em um dos chamados “processos cognitivos” mais básicos na construção de nossas identidades, a memória. O surgimento de uma lembrança tem a capacidade de definir aquele que lembra e o mundo que o cerca (como evidencia de maneira dramática o caso das falsas lembranças de abuso sexual). Como estudar este poder de invenção de si e de mundo que está na base da experiência subjetiva? Os protocolos experimentais, pouco interessados na questão, não davam qualquer pista a esse respeito.

No cerne do problema está uma discussão a respeito das metodologias de pesquisa em psicologia, tema da investigação do grupo de pesquisa na UFF a partir de 2003. A maioria dos protocolos experimentais contemporâneos encaram os problemas a partir do que se convencionou chamar “observação de terceira pessoa” (VARELA; SHEAR, 1999). Na psicologia experimental do século XX, após o abandono da introspecção, privilegiou-se como método de pesquisa o controle de variáveis a partir de um ponto de vista pretensamente neutro de observação. Esperava-se que procedimentos e resultados pudessem ser reproduzidos. Os dados introspectivos estavam fora do alcance do acordo intersubjetivo e não podiam ser replicados, desobedecendo às condições de cientificidade da psicologia. Nas últimas décadas do século, contudo, houve um ressurgimento do interesse pela consciência na psicologia da cognição. Em reação ao modelo computacional da cognição (segundo o qual o conhecimento equivale a um processamento de dados análogo ao da computação), buscou-se uma apreciação renovada dos dados introspectivos e do papel da consciência. Desenvolveram-se, então, diversos estudos que, embora minoritários na área, tinham como base metodológica o que se denominou daí por diante de “observação de primeira pessoa”. Aqui, a experiência cognitiva não pode ser reduzida a dados observáveis por terceiros, de modo que é preciso evocar o ponto de vista daquele que conhece.

Um dos expoentes deste ressurgimento do interesse pela experiência é Francisco Varela. A partir de sua formação como biólogo, e inicialmente em parceria com Humberto Maturana, Varela desenvolveu um modelo original da cognição, no qual a experiência subjetiva e a consciência eram imprescindíveis. Seu trabalho inicial em

parceria com Maturana, que deu origem às suas reflexões posteriores, ficou conhecido como “Biologia do Conhecimento”.

Grande parte dos esforços da psicologia da cognição a partir dos anos 70 foi compreender a cognição segundo os moldes do processamento de informação, isto é, segundo o funcionamento dos computadores. Para Maturana e Varela (2005), a hipótese de que os seres vivos devem ser estudados como máquinas deveria ser levada mais sério: seria preciso, primeiro, entender o que define uma máquina, isto é, o que permite que a identifiquemos como uma unidade com identidade própria. De acordo com eles, toda máquina se define por sua organização, isto é, por um determinado conjunto de relações (VARELA, 1989) e não por sua estrutura física ou material. Levando a hipótese adiante, perceberam que o tipo de organização característica dos seres vivos é um tipo de organização especial, que poderia ser melhor descrita pela ideia de auto-organização ou autonomia: todo ser vivo se caracteriza pelo fato de especificar suas próprias condições de existência. Seu comportamento não pode ser explicado por um padrão de causalidade pura e simples. São as próprias condições de existência do sistema que definem o que será ou não capaz de perturbar sua organização. Diferentemente de outros sistemas, o comportamento dos seres vivos é dotado de uma grande dose de imprevisibilidade, indicando que eles são capazes de interpretar e de atribuir intenções ao que fazem - isto é, que são capazes de experimentar o mundo e não apenas de funcionar de maneira automática. Não há como explicar seu comportamento pela determinação causal; as perturbações no sistema só podem ser compreendidas como condicionadas por este ambiente particular de sentido e significado instaurado pelo próprio sistema.

Segundo a Biologia do Conhecimento, portanto, os seres vivos são “sistemas operacionalmente fechados”. A autopoiese é um caso particular desse tipo de sistema, cujo exemplo mais simples é a célula, unidade mínima da maior parte das redes autopoieticas (isto é, de redes cujo funcionamento garante a produção de seus próprios componentes). A célula se torna uma unidade e se distingue do meio que a circunda graças à sua membrana, que, por sua vez, é um produto da própria atividade celular. Meio interno e meio externo surgem de maneira coetânea. Essa é a imagem básica de um sistema autônomo: uma imagem circular, na qual *atividade de produção* e *produto* se confundem. A célula, ao produzir a si mesma, conserva sua identidade frente a um meio.

O sistema autônomo gera um ponto de vista privilegiado: ele instaura um centro de referência. Capaz de interpretar e conferir sentido, coisas surgem *para* ele. Há uma perspectiva própria e irreduzível. O mundo, ou meio “externo”, assim o é em referência a esse ponto de vista. Nem a observação externa, nem a causalidade são capazes de explicar esta fenomenologia.

Daí surge um novo modelo para a cognição. Varela (1989) leva adiante o modelo da autonomia, usando-o para compreender a cognição segundo novas bases. Se o mundo que surge para o organismo depende do próprio organismo, o modelo computacional da cognição pode até funcionar razoavelmente em termos descritivos, mas omite um aspecto fundamental: a cognição é inerentemente criativa. O modelo computacional, baseado no processamento de informação, supõe uma separação fundamental entre aquele que conhece e aquilo que é conhecido. Haveria algo a ser “captado” no mundo pelo sistema cognitivo. Este “algo”, é certo, está de acordo com as capacidades de processamento do sistema: os modelos cognitivos computacionais não creem ingenuamente que o sistema apreenda o mundo “tal como ele é”. A “informação” só o é para o sistema capaz de apreendê-la. Entende-se que há redução e modificação dos dados por parte do sistema cognitivo. Os modelos cognitivos contemporâneos aproximam-se das teorias evolucionistas e afirmam que a cognição é um produto da adaptação. Contudo, mesmo considerando todas essas ressalvas, ainda há “dados” de um lado, e “sistema”, do outro. As teorias cognitivas que se baseiam no modelo do processamento de informação podem até explicar de maneiras diferentes o modo pelo qual essas duas instâncias entram em contato, mas elas estão de acordo que é este o problema que se deve tentar explicar.

Varela, por sua vez, propõe que partamos de outro problema: não é o encontro entre o sujeito que conhece e o mundo conhecido que deve ser explicado, mas sim a bifurcação que lhes dá origem. Na base do processo cognitivo, para ele, não está o encontro entre duas instâncias originalmente separadas, mas seu surgimento coetâneo, isto é, a coemergência de si e de mundo. Tal como na fórmula mínima da célula, também na cognição o modelo é o da autonomia – é ela que está na base de seu conceito de “*enação*”. *To enact*, ou fazer surgir, emergir: a cognição é mais bem descrita por seu

papel performativo que por suas presumidas capacidades de representação. O que um organismo percebe é tributário de sua ação⁷ e não a representação de um mundo dado.

A enação abre espaço a um novo espectro de investigações para a psicologia cognitiva. Se percepção e ação definem-se mutuamente, o corpo desempenha papel fundamental no processo de se conhecer algo. Conhecimento envolve atividade – isso se refere não apenas a uma elaborada construção filosófica; trata-se aqui do nível mais imediato do termo, o da ação que os corpos são capazes de realizar. Conhecer não é um fenômeno desencarnado e independente de contexto. Gestos cotidianos e banais, como atravessar uma rua, são modelos tão (ou mais) interessantes para se aprender sobre cognição quanto os testes de compreensão abstratos geralmente utilizados.

O conceito de enação impõe uma equivalência básica para a Biologia do Conhecimento, segundo a qual todo fazer é um conhecer (MATURANA; VARELA, 2005). Reciprocamente, todo conhecimento faz surgir um mundo. A fórmula *ser = fazer = conhecer* é, na verdade, a síntese mais completa. O próprio ser se define por sua atividade. Ou seja, não há uma instância anterior à própria atividade criativa. Por sua vez, se o conhecimento não é representativo de seres preexistentes à ação, ele é criador.

Graças a essa equivalência, o conceito de enação e a Biologia do Conhecimento são extremamente úteis à discussão sobre metodologia de pesquisa. A distância entre pesquisa e intervenção é posta em xeque. Pesquisar é, inerentemente, intervir. Certamente esta intervenção pode ser mais ou menos conservadora, mais ou menos articulada, e assim por diante. Na verdade, reconhecer a pesquisa como portadora de uma grande dose de criatividade é só o início de uma série de reflexões. São inúmeras as condições nas quais a atividade criadora da pesquisa pode ser bem-sucedida. O voluntarismo não é um conceito-chave para a Biologia do Conhecimento. O fato é que a identidade entre ser, fazer e conhecer impõe à pesquisa um conjunto de questões que sequer existem quando se tem como ponto de partida os valores de objetividade e neutralidade.

Por outro lado, o tipo de atividade a que denominamos “intervenção” ganha novos sentidos quando é visto sob o prisma da produção de conhecimento. Ele pode ser encarado em si mesmo como produtor de uma racionalidade, desafiando a suposição de

⁷ Varela indicou esta ideia com a noção de “ação perceptivamente guiada” (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003), muito próxima à descrição bergsoniana do círculo sensório-motor (BERGSON, 2006). Cf. RENAULT, 2010.

que ocupa uma posição hierarquicamente inferior à das ciências⁸. Ele, por um lado, não está submetido ao conhecimento dito científico (como se ele fosse sua aplicação prática); por outro, ele não é uma ação meramente voluntarista e não escapa à necessidade de pensar a si próprio segundo critérios coletivos.

No caso do grupo de pesquisa da UFF, foi a Biologia do Conhecimento a responsável pela transição entre a pesquisa sobre as falsas lembranças e o Projeto GAM. Em diversas ocasiões, essa transição foi vista por nossos colegas e interlocutores como a passagem de uma pesquisa eminentemente teórica para uma intervenção engajada e politicamente relevante. Apesar de reconhecermos as diferenças de alcance entre a intervenção no laboratório de pesquisa, com entrevistas pontuais acerca das falsas lembranças, e a presença a longo prazo de pesquisadores em um serviço público de saúde mental, tais diferenças sempre nos pareceram tributáveis ao grau de articulação⁹ e de escala da intervenção e não a uma suposta passagem da “teoria” à “prática”.

O conceito de enação e a ideia de que o conhecimento não é representativo encontram-se, assim, em ambos os projetos, o que pode provocar a impressão enganosa e paradoxal de serem a “base teórica” da intervenção no Projeto GAM. No entanto, não era tão fácil distinguir teoria e prática, tanto em um projeto quanto no outro. A Biologia do Conhecimento sem dúvida nos serviu como ponto de partida no Projeto GAM graças à imposição de um determinado tipo de atitude ou *ethos* de pesquisa. A descrição da cognição como um processo circular faz com que o dispositivo de pesquisa esteja constantemente em jogo, como um participante indispensável do conhecimento produzido. A enação indica que *agente* e *produto* da cognição se entrecruzam e não admitem que se defina um deles como a origem do ato de conhecer. Trata-se não apenas de uma descrição de um determinado objeto em particular (a cognição), mas uma redefinição das relações entre o procedimento de pesquisa e o objeto conhecido. “Participação” também passa a ser um termo bastante polissêmico nesse cenário: ele evoca não apenas uma posição do objeto na pesquisa, mas uma reflexão sobre o próprio

⁸ Sobre o tema, cf. STENGERS (2014).

⁹ Latour (2011) demonstra que a criação de um fato científico depende da arregimentação de aliados e da construção de uma rede por meio de associações diversas e heterogêneas. O fato será tanto mais bem estabelecido do ponto de vista científico quanto mais fortes e estáveis forem as associações que ele conseguir criar em torno de si. No caso da pesquisa das falsas lembranças, as associações foram muito menos numerosas e diversificadas que a de outros grupos de pesquisa em torno do tema (que se aliam, por exemplo, aos organismos judiciais). A situação mudou de figura no caso do Projeto GAM, que mobilizou diferentes centros de pesquisa nacionais e internacionais, órgãos de financiamento, órgãos gestores (secretarias de saúde) e equipamentos do serviço público de saúde mental.

dispositivo produtor de conhecimento. Essa reflexão é um dos aspectos importantes da análise.

Além disso, o Projeto GAM exigia a inclusão da experiência dos usuários de medicamentos psiquiátricos, obrigando a pesquisa a adotar uma metodologia de 1ª pessoa. Nada mais natural do que recorrer à Biologia do Conhecimento, uma vez que Varela, dentre outros pesquisadores, foi uma dessas vozes que buscavam reabilitar a experiência como tema de pesquisa. Varela, Vermersch e Depraz (2006) procuraram, por exemplo, descrever em termos pragmáticos a experiência da *epoché* husserliana. “Colocando entre parênteses” a existência de sujeito e objeto do conhecimento, o gesto da *epoché* está em perfeita sintonia com o conceito de enação e sua afirmação da coemergência de sujeito e objeto. Eles procuraram, assim, descrever concretamente a experiência deste gesto e as mudanças que ele impõe na atenção, na percepção e no comportamento, apostando em uma fenomenologia pragmática. Da mesma maneira, Varela também buscou aproximar a descrição científica e a experiência cotidiana, recorrendo também a outras formas de compreensão da mente, como o budismo, a fenomenologia e a psicanálise (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003). Tudo para descrever, da maneira mais concreta e encarnada possível, os processos cognitivos.

Contudo, observar a experiência supõe uma mudança de natureza na própria observação dita científica. A metodologia de primeira pessoa não é uma designação relativa apenas à origem dos dados (provenientes da introspecção, por exemplo). Em outras palavras, o “dado de 1ª pessoa” não é, ele mesmo, um objeto que pode ser tratado segundo os moldes do que a ciência entende por objetividade e neutralidade. Isso impõe uma discussão acerca de como tomamos a noção de experiência em ambos os projetos de pesquisa.

Uma das principais consequências do conceito de enação é a redistribuição das definições de objetividade e subjetividade. A experiência, segundo uma abordagem enativa, não pode ser inteiramente compreendida como propriedade de um sujeito (RENAULT, 2010). Sujeito e mundo emergem na experiência – não há como dar um passo atrás e alcançar uma instância supostamente mais fundamental. A experiência é sempre o ponto de partida (VARELA, 1996 *apud* THOMPSON, 2004). Não é uma afirmação muito distante da de Whitehead (WAHL, 1932), para quem subjetivismo e objetivismo são fruto de uma bifurcação da realidade. Erigir o sujeito como instância fundadora seria uma inversão diante da concretude da experiência. No mesmo sentido, Varela compreende o si mesmo com o qual cotidianamente nos identificamos como

“vazio de si” (VARELA, 1991), ou seja, como um si mesmo carregado de virtualidade, mas desprovido da substancialidade que, na esteira da tradição filosófica ocidental, costumamos lhe atribuir.

“Experiência”, portanto, não se confunde com “dados subjetivos”, pelo menos não segundo o que tradicionalmente se entende por subjetividade (isto é, em oposição à objetividade). Embora radicalmente singular, a experiência tem uma dimensão que não é propriamente individual ou pessoal (RENAULT, 2010). Há uma dimensão ontológica ou comum da experiência, que está na base das experiências individuais e vividas de maneira pessoal (EIRADO et al, 2010). No projeto sobre as falsas lembranças, realizamos entrevistas inspiradas na técnica de entrevista de explicitação desenvolvida por Pierre Vermersch (1994). Nessas entrevistas que realizamos, o que interessava não era tanto “a experiência do entrevistado”, mas a própria experiência da entrevista, na qual entrevistador e entrevistado surgiam, um para o outro, de uma forma única e inseparável do contexto da entrevista. A entrevista era uma experiência comum, compartilhada. Nesse sentido, a realização dos grupos de discussão GAM não nos pareceu um passo metodologicamente extravagante. Os grupos de intervenção GAM funcionavam como entrevistas coletivas (SADE et al, 2013), nas quais a experiência de tomar medicamentos psiquiátricos ganhava contornos bastante singulares e concretos, ao mesmo tempo em que se coletivizava.

No Projeto GAM-BR, portanto, o interesse pela experiência de uso dos medicamentos fez com que o GIs se beneficiassem da pesquisa sobre as metodologias de primeira pessoa. Interessava-nos não apenas a experiência pessoal com os remédios, mas também o caráter coletivo dessa mesma experiência, quando as fronteiras entre objetividade e subjetividade se mostravam menos estáveis, mais equívocas. Essas fronteiras já se mostravam bastante flexíveis nas entrevistas que fazíamos com cada participante individualmente na pesquisa sobre as falsas lembranças. Restava saber o que se passaria em grupos¹⁰. O Projeto GAM-BR apoiava-se na leitura e discussão do Guia GAM em pequenos grupos, tanto na fase de tradução e adaptação do Guia quanto na fase de validação. Pesquisar a experiência do usuário de medicamentos psiquiátricos

¹⁰ O caráter coletivo da GAM foi uma marca determinante na formulação de todo o projeto brasileiro. Desde o início, foi uma característica da GAM-BR a realização do projeto por meio de grupos heterogêneos, contando não apenas com usuários, mas também com trabalhadores e, posteriormente, com familiares. Na fase de tradução e adaptação do Guia, o subtítulo em francês “*Mon guide personnel*”, no original canadense, foi substituído pelo longo subtítulo constando na capa “*Guia para o cuidado compartilhado de medicamentos mais comumente usados em psiquiatria*” (reservando-se um espaço para que o usuário do Guia pusesse seu nome na capa, após a indicação “*Este Guia pertence à...*”).

não era, aqui, tomar esta experiência como dada, independente do tipo de pergunta que faríamos e do tipo de interesse que surgiria no dispositivo de pesquisa. Em outras palavras, a “experiência do usuário” não era um dado a ser representado, nem poderia ser inteiramente compreendida como tão somente “do usuário”. A partir da Biologia do Conhecimento, não nos era possível compreender um ponto de vista emergente como sendo propriedade de alguém ou de algo anterior à própria experiência.

A formação dos grupos GAM era a ocasião para acessar este plano comum da experiência; melhor dizendo, era a oportunidade para a criação de uma experiência potencialmente mais coletiva em torno das questões que discutíamos. A heterogeneidade dos grupos, contando com os pontos de vista de usuários, trabalhadores e universitários (e, mais tarde no Projeto, familiares), era um trunfo a mais para o deslocamento de perspectivas por demais rígidas.

Varela (1995), em seu ensaio sobre a ética, refere-se à experiência de *breakdown* como ocasião em que há quebra no fluxo cognitivo habitual; rompe-se com a rigidez de uma conduta, deixando ver de maneira mais explícita a coemergência de si e de mundo. O *breakdown* ocorre quando as ações que realizamos de modo cotidiano perdem subitamente sua transparência. O exemplo de Varela é bem simples: uma pessoa pode estar tranquilamente caminhando na rua, agindo de modo relativamente automático, até verificar seu bolso e se dar conta de que perdeu sua carteira. O automatismo das ações e a transparência com a qual elas se impunham desaparecem de maneira abrupta. A situação se reconfigura completamente. Aquele que até então sabia exatamente o que fazer vê-se diante de um problema novo e suas ações precisam estar de acordo com este novo mundo que surgiu. Dito de outro modo, há a emergência de um micro-mundo frente a uma micro-identidade (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003). Si mesmo e mundo são aqui designados “micro” porque estão quase que inteiramente referidos a um contexto específico, emergente¹¹. Ocasiões de *breakdown* evidenciam justamente que as figuras “eu” e “mundo” até então tidas como sólidas e estáveis definem-se muito mais pela relação que mantêm entre si do que por uma suposta substância intrínseca a elas. Esse duplo surgimento mostra que a cognição, mais do que resolver problemas, os inventa. O *breakdown* altera, ainda que provisoriamente, o ponto de vista pessoal em relação aos problemas e pode transformar, também, a percepção de como eles se constituem.

¹¹ A noção de “micro” aqui pode ser aproximada ao conceito de “minoría” e “devir minoritário” tal qual forjado por Deleuze e Guattari (1995).

Nas entrevistas que realizávamos na pesquisa sobre as falsas lembranças, a noção de *breakdown* foi inspiradora. De maneira esquemática, podíamos perceber algumas mudanças durante as entrevistas graças a *breakdowns* que perturbavam determinados esquemas de estabilização da experiência. Identificamos três desses esquemas: automatismo, controle egóico e autonomia (RENAULT, 2010; RENAULT; PASSOS; EIRADO, *no prelo*), que discutiremos mais detalhadamente a seguir. Cabe ressaltar que esses esquemas se apresentavam muito mais como tendências (sujeitas a inúmeras flutuações e ambiguidades) do que como categorias estanques. Esses esquemas também não se referiam tão somente à experiência do entrevistado, mas à experiência da entrevista, incluindo aí o que se passava com o entrevistador. :

No automatismo, a experiência de entrevista tendia a se situar entre as balizas do consenso social. Entrevistador e entrevistado agiam e respondiam “como todo mundo”, fazendo o que geralmente se espera deles. Ou seja, eles agiam em conformidade com o coletivo-social. Para retomar a terminologia empregada Deleuze (2006), o *bom senso* e *senso comum* dominavam a cena, de modo que a previsibilidade era dominante e entrevistador e entrevistado se baseavam nas identidades de um Eu universal e de um objeto qualquer. Isto quer dizer eles que cumpriam de forma um tanto automática papéis sociais bem definidos; durante as entrevistas, nos comportávamos ou como pesquisadores universitários, ou como participantes prestativos - um papel excluía necessariamente o outro. As respostas eram transparentes e tinham um grau mínimo de atenção à experiência: agia-se como se “eu” e “mundo” fossem entidades dadas, prévias à experiência em curso. Imperava, em suma, um tipo de impessoalidade que fazia com que ninguém prestasse atenção de fato à experiência contextual e específica da entrevista.

Socialmente, é esperado que o psicólogo seja aquele capaz de “diagnosticar” e de apontar, no comportamento do outro, aquilo que lhe parece relevante para suas compreensões teóricas. Assim, pode-se facilmente se deixar levar pela ideia de que a entrevista serve para identificar e, numa perspectiva mais intervencionista, “desmontar” os automatismos do entrevistado. No entanto, ficava bastante claro na entrevista que o automatismo “do entrevistado”, por assim dizer, tinha um correlato às vezes muito mais vultuoso do lado do entrevistador. Não era raro que esses automatismos tivessem um caráter metodológico (“é assim que se faz uma entrevista”, “a função do psicólogo na entrevista é diagnosticar” e assim por diante). Acessar a experiência, assim, era um desafio que se impunha às próprias regras e pressupostos do dispositivo de pesquisa.

Interessar-se pela experiência promovia alterações metodológicas importantes. A atitude da entrevista foi se tornando cada vez mais próxima à da clínica, ou melhor, à atitude de determinadas abordagens clínicas que se deixam convocar pelo contexto concreto de relação com o outro. É o caso da *Clinique de Concertation*, que, de maneira notável, subordina a metodologia e a definição do quadro terapêutico à própria experiência clínica, e não o contrário, como tantas vezes acontece em determinadas abordagens terapêuticas. Desse modo, a *Clinique de Concertation* questiona, por exemplo, a universalidade do segredo profissional como uma exigência do trabalho terapêutico (LEMAIRE, 2013). É a convocação de um familiar ao questionar o segredo profissional que faz com que o clínico possa romper com os automatismos (“rompre les sièges des automatismes”) e afirmar :

les cadres que nous proposons de bonne foi doivent devenir la cible de corrections violentes pour quitter les routines et les automatismes que nous ne connaissons pas tant que nous en sommes prisonniers, que nous y sommes soumis comme le disent, parfois avec une étrange délectation, certains professionnels (LEMAIRE, 2013, p. 22)

O manejo da entrevista, mais do que procurar promover uma mudança no comportamento do entrevistado, buscava alterar seu próprio curso e questionar, sob o critério da experiência concreta, seus princípios metodológicos. É apenas nesse sentido que o automatismo era um “alvo” da entrevista.

Além dessas correções metodológicas, um *breakdown*¹² também era capaz de alterar o quadro de automatismos na entrevista, perturbando a forma pela qual as experiências tendiam a se estabilizar. A presença (ou ausência) de uma lembrança, um relance¹³ do entrevistador, um acontecimento durante a entrevista¹⁴ ou uma simples mudança, sem que se possa precisar nenhum acontecimento em particular, marcava um momento de desestabilização deste automatismo.

¹² Apesar do exemplo de Varela (a perda da carteira) ter uma tonalidade emocional angustiante, o *breakdown* não necessariamente é vivido como uma experiência negativa. Nas entrevistas, ainda que ocasionalmente fosse realmente vivido com angústia, muitas vezes também se vivia esse tipo de desestabilização como surpresa ou, ainda, como apreciação de algo divertido e/ou esteticamente interessante.

¹³ Cf. nota 21 do capítulo 1.

¹⁴ Em uma das entrevistas que realizamos, após um momento de silêncio entre a entrevistadora e o entrevistado, ouve-se o som de um pássaro e, há, na sequência, uma mudança qualitativa na experiência de entrevista.

Nas situações de breakdown, as relações entre “eu” e “mundo” se tornavam menos óbvias e estáveis, o que geralmente era seguido de um recurso à experiência pessoal (“não lembro este detalhe porque ‘eu’ tenho uma memória ruim”, por exemplo). Este tipo de reflexão subjetiva denotava o esquema do “controle egóico”, ainda de acordo com as denominações que elaboramos na pesquisa. Este tipo de reação à desestabilização trazia a experiência à tona, mas ao mesmo tempo a assinalava com um subjetivismo extremo, atribuindo ao sujeito a responsabilidade pelo que estava se passando – e que era vivido na ocasião como uma “falha” na objetividade. Também aqui, a atribuição de responsabilidades ganhava expressão por parte do entrevistador, que podia responsabilizar tanto o outro quanto a si próprio pelo que julgava ser o sucesso ou fracasso da entrevista.

Contudo, o controle egóico podia dar lugar a outro modo menos judicativo de atenção à experiência, que atribuía menos responsabilidade a sujeitos. Chamamos esse modo de “autonomia”. Na verdade, este modo de relação com a experiência atribuía menos responsabilidades, seja a sujeitos, seja a objetos. Não era possível, nessas ocasiões de autonomia, discernir definitivamente as fronteiras entre o que era atributo do “eu” e o que era atributo do “mundo”¹⁵. A experiência tinha primazia em relação às identidades a serem desempenhadas, de modo que entrevistador e entrevistado podiam mais facilmente compartilhar o que viviam e transitar entre perspectivas diferentes e relativamente originais. Esse era um indicador importante, nas entrevistas que realizamos, de uma dimensão coletiva da experiência que não era ditada pelo coletivo-social. A experiência tornava-se de certo modo impessoal, embora fosse um tipo de impessoalidade bem diferente daquela do consenso e do automatismo socialmente estabelecido; aqui, ela era portadora de imprevisibilidade e surpresa.

A demarcação destes três esquemas (automatismo, controle egóico e autonomia) tinha uma dupla função: elas eram a base para que o entrevistador fizesse relances durante a entrevista e, ao mesmo tempo, serviam de critério para que o grupo de pesquisa pudesse analisar posteriormente o que havia se passado¹⁶. Durante a entrevista, o entrevistador podia formular relances ao perceber experiências de automatismo e de controle egóico (suas ou do entrevistado), buscando transformar essas experiências. Durante as análises, podíamos compreender melhor o que era dito nas entrevistas em

¹⁵ Nas entrevistas sobre as falsas lembranças, ocorriam falas que atribuía a ação à própria lembrança, tais como “Ela [a lembrança] está me vindo assim”.

¹⁶ O grupo de pesquisa analisava coletivamente as audiograções das entrevistas.

função destes marcadores – um “não lembro” automático é bem diferente de um “não lembro” do controle egóico. Portanto, as análises *in loco*, na entrevista, e as análises posteriores, no grupo de pesquisa, estavam em continuidade (era bastante comum, inclusive, que houvesse um prolongamento entre as experiências de escutar e de participar da entrevista, ambas as experiências apresentando flutuações semelhantes).

No Projeto GAM-BR, o encontro entre as diferentes perspectivas dos participantes gerava mudanças análogas a *breakdowns* na experiência dos grupos. Inicialmente, usuários, familiares, trabalhadores e universitários respondiam de acordo com o que se esperava deles (fossem ou não complacentes com essas expectativas). Ao longo do tempo, no entanto, essas posições mostravam-se instáveis e, ocasionalmente, davam lugar a respostas mais pessoais, mais concretas: os usuários, por exemplo, podiam descrever com detalhes os efeitos dos remédios em seus corpos, ou discutir com o grupo as sensações ambíguas em relação ao tratamento em saúde mental. Essas experiências pessoais eram, não raro, marcadas por sentimentos de responsabilidade individual (o sentimento de obrigação de tomar os remédios, a culpa vivida pelos familiares, a sobrecarga dos trabalhadores, a autoridade dos pesquisadores universitários), caracterizando um tipo de controle egóico. No entanto, tal como nas entrevistas, ocasionalmente esses pontos de vista davam lugar a experiências mais coletivas, nas quais as identidades pessoais já não tinham mais o mesmo peso e as mesmas atribuições. As fronteiras, por exemplo, entre quem precisava de cuidado e quem cuidava mostravam-se menos rígidas. Os grupos cultivavam uma experiência coletiva em torno de questões que até então eram vividas apenas de forma individual – ou de questões que até então sequer se colocavam. A possibilidade de recusar os medicamentos, por exemplo, era uma dessas questões automaticamente evitadas nos serviços de saúde mental.

O GIF levou ao extremo essa estratégia da GAM-BR, aproveitando o deslocamento entre pontos de vista distintos como ocasião propícia a *breakdowns*. Como o Guia era originalmente destinado aos usuários, a própria formulação das perguntas gerava estranhamento: ora os familiares respondiam a partir de seu próprio ponto de vista, ora a partir do ponto de vista dos usuários. A princípio, o que nos orientava quanto aos relances no grupo eram os critérios do automatismo, do controle egóico e da autonomia. Quando uma resposta parecia excessivamente automática, experimentávamos ver a pergunta sob outro ângulo, respondendo-a a partir de outra perspectiva. Se os familiares respondiam, distraidamente, segundo seu próprio ponto de

vista, interessava-nos imaginar a resposta dos usuários. Se a resposta imaginada era por demais óbvia ou grupo tivesse uma resposta consensual, era hora de explorar a questão do ponto de vista da vivência pessoal. O grupo, enfim, transitava entre diferentes “perspectivas de primeira pessoa”, reforçando a ideia de que a experiência não se limitava a história vivida por cada um. As sucessivas passagens de um ponto de vista ao outro foram se mostrando capazes de fazer emergir uma experiência de maior autonomia.

Esse tipo de operação produzia, no grupo, um conhecimento bastante peculiar, que não estava centrado em dados ou informações sobre identidades, mas sim na transformação de pontos de vista. A experiência que nos interessava, geradora de conhecimento e cognitivamente inventiva, estava nos deslocamentos. A experiência a que nos voltávamos não era, assim, individual – ou, pelo menos, não era apenas individual. Havia também a dimensão pré-refletida ou ontológica da experiência, inseparável da vivência pessoal, mas que está aquém da constituição de um sujeito em particular. Essa experiência podia ser compreendida a partir de um plano coletivo ou comum, comportando a possibilidade de múltiplos pontos de vista.

Na pesquisa-intervenção da GAM-BR, portanto, isso significava que a experiência de um usuário quanto ao uso de medicamentos psiquiátricos abrangia, ela própria, as experiências de outros usuários, de sua família, de trabalhadores, de gestores, bem como a própria experiência dos pesquisadores universitários. Neste sentido, a experiência é, por sua própria composição, pública. Para o trabalho da GAM, essa compreensão foi de fundamental importância, pois ela nos mostrou que a face coletiva da experiência não era a do consenso ou da homogeneidade, mas a da autonomia. Este foi um dos principais entendimentos que levamos de nosso estudo da Biologia do Conhecimento ao Projeto GAM-BR: que a dimensão pessoal ou individual da experiência é inseparável de sua dimensão pública ou coletiva.

A coletivização das questões evidenciava o caráter político do que até então eram vivências pessoais, relativamente desprovidas de interesse para os outros. A constituição dos grupos GAM nos permitia explorar o suposto abismo que a princípio parecia existir entre as dimensões pessoal e política. Em retrospectiva, é possível reconhecer no funcionamento do GIF aspectos semelhantes aos descritos por Stengers, Despret e coletivo (2014) a propósito da discussão sobre a relação entre as mulheres e a universidade contemporânea. Ao criar um “nós” para o qual esse tema fosse pertinente, essas mulheres narraram histórias extremamente pessoais e que, ao mesmo tempo,

ganham um alcance coletivo. Cada uma das mulheres que compunham esse grupo de discussão podia ver-se incluída e interpelada por essas histórias e dizer “eu também”¹⁷, ainda que fosse para discordar e contradizer:

(...) the evocation of our experiences becomes anonymous, speaking of something other than us – as are anonymous the inflexion points of a life, those encounters or decisions, of which one is never the author even though, whether one knows it or not, one never ceases exploring their consequences or trying to make sense of them; as became anonymous the anecdotes exchanged by those women who were becoming feminists, during encounters where, each one in her own way, and each one with all the others, made real what they had lived on the personal level which was (also) political.

That the personal might be political should never be stated as a generality. For it is not a question of a complaint, but rather of a re-appropriation of the past, like an after-shock that makes possible active experimentation as well as fabulation.” (STENGERS; DESPRET & collective, 2014, p.52)

No caso específico do GIF, o tipo de impessoalidade que surgia (e que convivia ao lado da dimensão pessoal das histórias que compartilhávamos) também gerava uma reapropriação tanto do passado quanto das questões enfrentadas no dia-a-dia. Tomar remédios ou sentir-se só diante do tratamento de um parente não eram apenas acidentes em uma história de vida; eram experiências pertinentes a outros. Guardadas as proporções, assim como a relação entre as mulheres e a universidade era o ponto de partida das reflexões para o coletivo de pesquisa mencionado acima, o uso de medicamentos psiquiátricos e o tratamento em saúde mental podiam, ao seu modo, se tornar “matéria para um exercício do pensamento”¹⁸ no grupo.

O que se alcançava com esse exercício estava longe de ser um saber consensual ou um acordo em torno de uma ideia. Os conflitos e os pontos de vista distintos não eram anulados em nome de um consenso. Ainda assim, eles podiam, cada vez mais, serem compartilhados. No GIF, o surgimento de um “nós” tinha um efeito decisivo sobre os familiares: ao ouvirem as histórias de outros, eles atribuíam novo significado às suas próprias histórias, sentindo-se menos sós com suas dificuldades. Para Julia, Lorena e eu, as pesquisadoras universitárias, era a possibilidade de pensarmos com

¹⁷ Agradeço a Vinciane Despret por essa forma de colocar a questão.

¹⁸ “But from now on, we can make the claim in a more impersonal mode, touching on the exercise of thought.” (STENGERS; DESPRET & collective, 2014, p.67)

outros, de compartilharmos a tarefa da pesquisa e da produção de conhecimento. No entanto, a possibilidade de dizer “eu também” não se limitava ao reconhecimento de uma identidade ou de um único ponto de vista. Ao imaginar, por exemplo, como os usuários responderiam às perguntas do Guia, os familiares não necessariamente abriam mão de suas próprias preocupações com o que acreditavam ser a saúde e a segurança de seus parentes, mas podiam, simultaneamente, dar lugar a suas próprias experiências de “irracionalidade”. No grupo de pesquisa, chamamos a esse surgimento de um “nós” como “contração do grupo” (MELO; SHAEPPPI; SOARES; PASSOS, 2015).

Um último aspecto importante acerca da Biologia do Conhecimento é a própria ideia de autonomia: o que significa, nesse contexto, a gestão “autônoma” de medicamentos? Uma decisão autônoma não é, necessariamente, uma decisão individual, muito menos uma decisão independente (RAMOS, 2012). O reconhecimento da codependência entre sujeito e mundo está na base da compreensão da autonomia. Acompanhando as indicações de Roberto Tykanori, entedíamos que a autonomia é proporcional ao número e diversidade de coisas das quais se depende: depender de um único fator corresponde a uma baixa autonomia, mas depender de muitos e diferentes fatores nos torna mais autônomos.

A formação de grupos heterogêneos nos mostrava que a gestão autônoma supunha uma dimensão coletiva, que – cabe insistir - diferia do consenso e do coletivo-social. Contrariamente à tese individualista, segundo a qual a autonomia de um indivíduo opõe-se essencialmente à autonomia dos demais¹⁹, percebíamos, por exemplo, que trabalhadores mais autônomos eram capazes de promover a autonomia dos usuários, que, por sua vez, ajudavam também seus familiares a serem mais autônomos. Todos podiam agir de forma mais livre e criativa justamente porque a rede de dependência se ampliava. Era assim que usuários e trabalhadores podiam discutir as dosagens da medicação em um ganho de autonomia para ambos: um, por ser capaz de escolher e decidir o que é melhor para si, o outro, por exercer de maneira menos automática e mais criativa seu próprio trabalho.

¹⁹ O pressuposto de que o indivíduo (ou sujeito) é uma unidade fundamental dotada (ou proprietária) de autonomia inspira grande parte das legislações em países democráticos. Selinger (2009, p. 50) ilustra bem esse pressuposto ao afirmar: “Freedom as an example can’t exist as an absolute principle because granting one individual absolute freedom will infringe the freedom of a second individual considerably. (...) When applying these principles to autonomy the same problem arises: Total autonomy of one individual has a negative effect on autonomy of other individuals. The modern democratic society has designed rules and laws to create a fair way of living. On the one hand this restricts autonomy, while on the other hand this same restricted autonomy guarantees the same amount of it to all members of this society.”

Ainda assim, não há uma resposta fácil para a questão. A experiência de autonomia não se produzia sem conflitos e nenhum de nós sabia de antemão o que fazer. O GIF também exerceu um importante papel nessa discussão. Os familiares exibiam com clareza toda a ambiguidade da questão. Não é incomum ouvir a experiência de mães que relatam se sentirem divididas entre o desejo de ver os filhos mais autônomos e o desejo de estar sempre perto deles, ajudando-os a tomarem suas decisões. No GIF não era diferente. Essa ambiguidade ganhava outros sentidos no debate sobre o tratamento e o uso dos remédios. O anseio pelo bem-estar dos filhos era acompanhado do receio em vê-los ainda pior: seria melhor se ficassem sonolentos por causa dos remédios do que violentos se parassem de tomá-los? E se saíssem sem dar notícias? Eram questões delicadas e para as quais não há respostas prontas. O grupo era justamente um espaço de experimentação e produção de conhecimento acerca dessas questões²⁰. Torná-las mais coletivas nos aproximava de discussões contemporâneas no campo da saúde mental (e na saúde em geral) acerca dos limites entre o cuidado, a tutela e o controle. A própria concepção de saúde mental, por exemplo, é amplamente discutida no ambiente acadêmico (FRANCES, 2013; LUHRMANN, 2001), chegando mesmo a ser compreendida como uma ferramenta de normalização e controle de populações (BELLAHSEN, 2014). Cada participante podia refletir e questionar cada um desses debates a partir de sua própria experiência, tornando-se, ele próprio, pesquisador. A responsabilidade pela produção de conhecimento era partilhada no grupo. Havia, assim, uma multiplicação dos entendimentos possíveis sobre determinados temas, que acabavam por serem compreendidos de maneira menos unívoca no grupo.

No GIF, a ideia de cuidado, por exemplo, ganhava os sentidos de “proteção”, “tratamento” e outros sentidos ainda: uma participante do grupo²¹, conversando sobre a situação política instável no Município e a saída conflituosa de trabalhadores por desavenças com a nova gestão, lembra-se da passagem da Bíblia que diz “cuidar é vigiar” e temer o perigo. Segundo ela, nem sempre os trabalhadores podem dizer o que pensam, é preciso que eles “respeitem” e “suportem”, calando-se diante dos conflitos. É

²⁰ Nesse momento, não nos parecia produtivo formar um grupo misto, com usuários e familiares, para trabalhar questões como essas. Era preciso primeiro cultivar um espaço relativamente protegido para que este tipo de conflito entre usuários e familiares pudesse se tornar, no futuro, um “conflito praticável” (MASSET, 2012; *cf.* também nota 35 do capítulo 1). Por isso, decidimos manter o GIF paralelo ao GIU até o fim do processo de pesquisa-intervenção e de realizar uma condução cuidadosa no grupo, buscando manter a “praticabilidade” dos conflitos que emergiam.

²¹ Relato do diário de campo do encontro de 08/01/2013

preciso ser cuidadoso, ela diz²², e lamenta com tristeza e emoção a saída de Helena do CAPS.

As ideias, assim, iam progressivamente apresentando facetas múltiplas, ambíguas, equívocas. Cada uma delas podia se associar de forma mais ou menos apropriada a situações diferentes, ou então eram as próprias situações que se reconfiguravam por completo a partir das ideias que surgiam no grupo. O conhecimento se produzia a partir da proliferação das versões e associações possíveis.

É possível, portanto, depreender algumas pistas a respeito da análise na pesquisa. A primeira delas é que, ao fim do trabalho no GIF, havia muito mais versões acerca de cada um dos temas que discutimos do que havia no início - e todas essas versões tinham sua pertinência. Aceitando-se provisoriamente a premissa de que a análise “dos dados”²³ ocorre ao fim do processo de pesquisa, poderíamos então afirmar que a análise no GIF não poderia ser uma tarefa unificadora de sentido. Ela não poderia extrair dos dados um sentido único, sob pena de contrariar o próprio processo de pesquisa.

Contudo, a segunda pista põe em xeque justamente a ideia de que análise se dá apenas ao fim do processo de pesquisa. Essa ideia é muito próxima à descrição representacional da cognição: os dados seriam primeiro captados, depois processados (ou analisados), para só então sermos capazes de depreender seu sentido. Se toda ação é produtora de sentido (fazer = conhecer), essa descrição sequencial é enganadora, pois dá a entender que a compreensão é “adicionada” *a posteriori*. Há produção de conhecimento em todas as etapas do processo de pesquisa. Não é possível separar as fases de “coleta” e “análise” de dados. Cabe investigar, então, se a análise é mesmo uma fase da pesquisa ou se ela é uma operação constantemente presente (e, em caso afirmativo, qual é sua especificidade no processo de pesquisa).

A outra pista diz respeito ao caráter de intervenção da produção de conhecimento. Se todo “conhecer é fazer”, a pesquisa é essencialmente criativa, mesmo quando não se reconhece como tal. A análise não representa o mundo tal como ele é, nem adiciona uma interpretação a um objeto dado, pois a pesquisa *cria* objetos e problemas. A pesquisa (e conseqüentemente, a análise) é corresponsável por aquilo que observa. Há, portanto, interdependência entre o que surge como dados de pesquisa e o

²² Neste dia de encontro, líamos a página 83 do Guia, que afirma, em determinada passagem: “É importante que o profissional escute suas opiniões e que você também escute as dele, sendo o cuidado compartilhado”.

²³ Discutiremos no tópico a seguir a noção de “dado” de que dispúnhamos.

próprio processo de pesquisar, de modo que não se pode tratar o material advindo do campo como dados representativos de uma realidade independente.

Se a análise deve considerar a participação do dispositivo de pesquisa nos próprios resultados observados, isto nos leva a pensar em um certo tipo de reflexividade. A análise volta-se não apenas ao objeto observado, mas à própria observação. Em linhas gerais, essa consideração não é nem um pouco nova ou original e pode ser apropriada de muitas maneiras diferentes. Pode-se, por exemplo, vê-la como uma forma de minimizar a “influência subjetiva” do pesquisador, que, por seus preconceitos e crenças, distorceria a “verdadeira realidade”. Essa ideia não está muito distante da clássica separação entre sujeito e objeto ou experiência e natureza que dominou a filosofia ocidental no século XX. É contra ela que se mobilizaram diversos pensadores, como Alfred North Whitehead (1861-1947), Henri Bergson (1859-1941) e John Dewey (1859- 1952). Em outro contexto e com outras ferramentas, também Varela se dedicou a superar o pressuposto da separação entre sujeito e objeto. Dewey (1974, p.161) indica que para “(...) alguns pensadores (...) a experiência é não apenas algo estranho acidentalmente superposto à natureza, mas forma um véu ou tela que nos separa da natureza, a menos que possa ser de algum modo transcendida”. Há quem compreenda a análise como uma das maneiras de minimizar os efeitos prejudiciais deste “véu” na pesquisa. Técnicas tais como as da análise de conteúdo (BARDIN, 2010), como contar o número de ocorrências de uma palavra em um texto, serviriam de critério “objetivo” para se determinar o verdadeiro sentido do texto e diminuir o poder de influência da interpretação subjetiva do pesquisador.

Para o próprio Dewey (1974), porém, a separação entre experiência e natureza não é originária. Ambas se interpenetram: a experiência é *da* e *na* natureza. O subjetivismo que faz da experiência uma coisa separada do restante da natureza e fechada em si mesma pode até ser, em certo sentido, um avanço em relação ao estado natural, no qual não nos damos conta de nossa própria participação no que observamos²⁴. Geralmente, achamos que as coisas têm existência em si mesmas, independente de nós; nas palavras de Dewey (1974, p. 170), “a postura natural e original do homem pende toda ela para o objetivo; o que quer que seja experienciado é tomado como sendo independente da atitude e da ação do sujeito”. Essa não é, contudo, a postura ideal para controlar a natureza e exercer uma influência sobre ela. O

²⁴ Para retomar a nomenclatura anterior, poderíamos dizer que o subjetivismo aqui seria análogo ao controle egóico, uma reação à quebra do esquema do automatismo.

subjetivismo, segundo Dewey, é parte do esforço para controlar a natureza: é preciso referir algumas características observadas a si próprio, reconhecê-las como consequência de nossos atos e nossa vontade para que possamos modificar o mundo. O subjetivismo, portanto, tem originalmente uma finalidade pragmática. Para Dewey, o “reconhecimento de ‘sujeitos’ como centros de experiência” (DEWEY, 1974, p. 170) é a condição para a criação de dispositivos de controle e “produção de modificações deliberadas da natureza”. Entretanto, as dificuldades de entendimento começam a surgir quando esse subjetivismo é exagerado, levado a um extremo no qual se esquece de seu fim meramente utilitário. A experiência passa a ser vista como algo fechado e isolado em si mesmo; em outras palavras, ela passa a ser vista como uma espécie de ilusão.

Portanto, se não partimos da separação estrita entre sujeito e objeto, a reflexividade da análise na pesquisa-intervenção participativa não é a do controle das distorções provocadas pela experiência subjetiva. A experiência, aqui, não é uma ilusão, muito menos aquilo que deve ser posto de lado pela pesquisa. De que reflexividade se trata, então?

Outra possibilidade é compreender a reflexividade em termos mais próximos ao da clínica e, mais especificamente, da psicanálise²⁵. O termo “análise” dificilmente consegue escapar à influência da psicanálise. Embora a análise que nos interesse aqui seja a análise de pesquisa – cuja natureza é bem diferente da de uma análise clínica e de seus objetivos terapêuticos –, é possível reconhecer contribuições da psicanálise nas reflexões sobre o método e a epistemologia das ciências humanas ao longo do século XX. A psicanálise teve considerável impacto nas formulações teóricas de inúmeros pesquisadores das mais diferentes áreas. Algumas dessas formulações não estão tão distantes do subjetivismo exagerado a qual se referia Dewey, mas outras delas se aproximam da prática que tínhamos no cotidiano da pesquisa-intervenção participativa²⁶.

²⁵ A reflexividade não tem, aqui, o caráter de um conceito; ela é a mera designação de um movimento de retorno do sujeito sobre si mesmo. Uma expressão robusta desse processo reflexivo na psicanálise encontra-se na atitude do analista perante sua própria subjetividade. De acordo com Nogueira Filho e Horta Warchavchik (2008, p.142), “A psicanálise não é uma disciplina ou um conjunto de procedimentos que mantém uma relação de exterioridade com o sujeito que a pratica”, de maneira que “(...) a subjetividade do analista, mais do que interferir no campo a ser pesquisado, como ocorre em outras áreas de estudo, é o objeto privilegiado da investigação, devendo ser incluída enquanto condição de possibilidade do próprio campo.”(p.143). A reflexividade, portanto, refere-se aqui a esse “processo reflexivo no qual a subjetividade se torna objeto de um modo de investigação muito específico” (p. 142) Não se trata de uma menção à reflexão consciente ou a um modo de subjetividade reflexivo.

²⁶ Curiosamente, as influências da psicanálise na pesquisa-intervenção participativa da GAM estavam mais próximas da clínica que da epistemologia, talvez pelo próprio objeto a que nos voltamos (o

Tanya Luhrmann (2001) traça um notável panorama das práticas clínicas na psiquiatria norte-americana²⁷, destacando a existência de dois grandes modelos, o biomédico e o psicodinâmico. Embora todas as evidências clínicas indiquem que esses dois modelos são complementares, eles se organizaram (ou foram organizados) como antagonistas - ou se é partidário do modelo psicodinâmico, ou do biomédico. Ainda que se saiba que maiores benefícios terapêuticos advêm de uma combinação dos dois modelos, a situação atual é de uma disputa, na qual o modelo biomédico, fortemente influenciado pelos avanços na psicofarmacologia e pelo lobby das empresas seguradoras, tem levado enorme vantagem.

Esse dois modelos de tratamento, diz Luhrmann, são também duas maneiras distintas de ver a si mesmo e aos outros. Está em jogo não apenas uma técnica terapêutica, mas uma compreensão do que nos torna humanos e de nossa responsabilidade no mundo. Logicamente, isso se reflete nas técnicas terapêuticas e também na formação dos psiquiatras, que terminam por se especializar em um modelo ou em outro.

Explorando a diferenças na formação dos psiquiatras, Luhrmann destaca como traço diferenciador o que ela chamou de “the arrow of harm” (LUHRMANN, 2001, p. 84): no modelo biomédico, os psiquiatras estão em sintonia com a formação médica geral, na qual se aprende a ver os pacientes como a fonte dos problemas e preocupações. Para o psiquiatra que se baseia no modelo biomédico, a seta do que é nocivo e prejudicial aponta do paciente para o médico. É o paciente que pode ferir ou perturbar o médico e cabe a este último se proteger. Geralmente, os psiquiatras de orientação biomédica trabalham em hospitais, com pacientes que chegam em crise e ficam internados por curtos períodos de tempo. O cenário é desolador: hospitais superlotados, médicos sobrecarregados e falta de tempo para cuidar dos pacientes psiquiátricos de forma adequada²⁸. São sempre situações emergenciais, nas quais o máximo que o médico

tratamento em saúde mental). Como afirma Luhrmann (2001, p.65), há dois Freuds, “the Freud who is read by scholars and intellectuals, who take the abstract portrait of the psyche seriously and who debate the epistemological issues he raises, and the Freud of the clinicians, sometimes unread but inspiring, who helps clinicians think in a way that is helpful to patients.” Se há algum impacto da psicanálise no trabalho de análise da pesquisa-intervenção participativa, sem dúvida tratava-se de uma influência da clínica psicanalítica, possivelmente distante da ortodoxia freudiana, mas ainda assim inspiradora.

²⁷ O contexto brasileiro possui algumas especificidades relativas à história da Reforma Psiquiátrica e ao papel da psicanálise na rede pública de saúde, mas, em linhas gerais, acompanha o quadro norte-americano descrito por Luhrmann (2001).

²⁸ Essa descrição do contexto norte-americano se aplica perfeitamente à situação brasileira da rede pública de saúde, sobretudo dos hospitais gerais. Alguns destes hospitais dispõem de leitos psiquiátricos e, no

consegue fazer é estabilizar o paciente e mandá-lo de volta para casa. Quase certamente, o paciente retornará ao hospital, mais cedo ou mais tarde, passando por uma nova crise; no intervalo entre as internações, sabe-se que o paciente não terá tomado os medicamentos em casa conforme as prescrições do médico. Todo esse quadro é instrutivo para o médico em formação, que aprende a não confiar no paciente e a procurar se proteger dele, tornando-o o menos nocivo possível.

Nesse cenário, a medicação psiquiátrica desempenha um papel fundamental. Ela é a principal ferramenta terapêutica do médico. Para prescrever um medicamento, basta um diagnóstico (ou apenas uma hipótese diagnóstica). Não é necessário estabelecer uma relação próxima ou íntima com o paciente, não é preciso compartilhar de detalhes de sua vida ou de sua história; basta saber o suficiente sobre os sintomas presentes e histórico médico. Em geral, aqueles favoráveis ao modelo psicodinâmico criticam esse tipo de atitude distanciada do médico, afirmando que ele serve, em grande medida, para proteger o próprio médico, e não para um benefício terapêutico de quem está se tratando. Ou, como diz Luhrmann (2001, p. 99), “In fact, one of the common remarks about psychopharmacology is that psychiatrists prescribe medication in order to avoid the awkward intimacy that is created with a patient in psychotherapy.”

Totalmente diferente é a situação do psiquiatra orientado pelo modelo psicodinâmico de base psicanalítica. Luhrmann indica que, de saída, o contexto é outro: aqui, os médicos geralmente trabalham em clínicas especializadas ou ambulatórios, atendendo pacientes que não estão internados. Há outro ritmo de trabalho, no qual eles acompanham individualmente cada paciente por longos períodos (meses ou mesmo anos). O tratamento também é outro: faz parte do processo terapêutico estabelecer uma relação de profunda intimidade com o paciente. Aliás, é justamente a relação de proximidade e confiança entre o médico e o paciente que será benéfica. A direção do dano potencial nessa relação se inverte: o risco parte do médico para o paciente²⁹. É o médico quem deve se responsabilizar pelo cuidado e é ele quem pode prejudicar o outro, mantendo uma relação desastrada ou baseada em suas próprias necessidades. A ideia-chave aqui é o conceito freudiano de transferência: a relação de afeto do paciente com seu terapeuta está referida aos seus desejos inconscientes e às vicissitudes de sua própria história afetiva. Cabe ao terapeuta interpretá-la e não responder de acordo com

caso específico de São Pedro da Aldeia, era extremamente frequente que o tratamento no CAPS só se iniciasse depois de pelo menos uma passagem pelo Pronto-Socorro do Município.

²⁹ “When young psychiatrists learn to do psychotherapy, what they learn is that doctors can hurt patients” (LUHRMANN, 2001, p. 102)

sua própria história e expectativas. Por isso, a direção da seta de um potencial prejuízo vai do médico para o paciente. É por isso também que o modelo psicodinâmico da psicanálise obriga um retorno a si.

O tipo de reflexividade particular exigida pela clínica psicanalítica leva o terapeuta a buscar supervisões periódicas, sobretudo em seu período de formação, e - o mais importante - a realizar uma análise pessoal, para que suas próprias expectativas e desejos não distorçam sua escuta dos pacientes. Luhrmann indica que toda a formação do psiquiatra orientado pela psicodinâmica supõe um recurso à sua própria experiência. A contra-transferência (a contrapartida da transferência por parte do terapeuta) é utilizada, no cotidiano de tratamento, como ferramenta potente de orientação da terapia. Isto é, o terapeuta “*use his feelings as a tool in the service of the therapy*” (LUHRMANN, 2011, p. 118.)³⁰. As supervisões são muito menos sobre o que o paciente fez ou diz e mais sobre o que o terapeuta sentiu diante do paciente (o supervisor geralmente questiona o terapeuta em formação sobre como ele se sente e qual é sua experiência com determinado paciente). Embora para a abordagem psicodinâmica o diagnóstico não seja tão importante quanto para o modelo biomédico, a contra-transferência é informalmente o principal parâmetro para realizar diagnósticos. Segundo Luhrmann (2001, p.112), “The diagnosis of personality disorders³¹ is informally taught through countertransference, through the way the interaction with a patient makes a therapist feel.”

Nos serviços de saúde mental da rede pública no Brasil, ainda estão presentes muitos aspectos do trabalho de base psicanalítica. No Estado do Rio de Janeiro, muitos desses serviços contam com trabalhadores orientados pela abordagem psicodinâmica, apesar das crescentes investidas do modelo biomédico na rede de saúde, sobretudo na rede privada. Os CAPS têm procurado preservar uma perspectiva ampla para o cuidado em saúde mental (sua abordagem, vale lembrar, é psicossocial), evitando reduzi-lo ao aspecto puramente biomédico, malgrado os investimentos bastante reduzidos e os

³⁰ Cf., por exemplo, o trabalho de Bion: “(...) en thérapie de groupe, un grand nombre d’interprétations, et les plus importantes d’entre elles, doivent être fondées sur les réactions affectives de l’analyste lui-même. » (BION, 2012, p. 101).

³¹ No DSM-IV (atualmente o principal sistema de classificação dos transtornos psiquiátricos), há uma distinção entre dois eixos diagnósticos, o eixo 1 e o eixo 2 (há outros eixos, menos utilizados na prática clínica). No eixo 1 estão os transtornos mais biologicamente orientados, vistos como síndromes, tais como esquizofrenia, transtorno bipolar e depressão. No eixo 2, estão transtornos cuja orientação é mais psicodinâmica e tendem a ser vistos não como doenças, mas como características mais ou menos estáveis da personalidade, tais como personalidade esquizoide, personalidade antissocial ou personalidade limítrofe (*borderline*). (LUHRMANN, 2011, p.47)

orçamentos fortemente insuficientes para que o trabalho seja realizado como se espera³². Na prática, na maioria dos serviços há uma mistura de influências e abordagens que se adapta às condições práticas de trabalho, ainda que em alguns poucos serviços haja uma orientação ideológica mais explícita. Essa mistura de influências é ainda mais perceptível entre os trabalhadores em formação. Na primeira etapa da pesquisa GAM, durante a fase de adaptação do Guia GAM, realizou-se na cidade do Rio de Janeiro um grupo focal com residentes de psiquiatria (a formação médica no Brasil tem se orientado cada vez mais pelo modelo biomédico). Entre risadas tímidas, as residentes acabaram contando, durante o grupo, que uma forma frequente – e rápida – de realizar um diagnóstico diferencial entre transtorno bipolar e esquizofrenia era a empatia que sentiam: segundo elas, é mais provável sentir empatia e identificar-se com quem é bipolar do que com quem é esquizofrênico³³. Ou seja, embora o modelo de trabalho das residentes não fosse francamente psicodinâmico, ainda assim havia um recurso à própria experiência no momento do diagnóstico.

O que diferencia realmente o modelo biomédico do psicodinâmico é de que modo a própria experiência será utilizada no trabalho. O recurso à experiência servirá, para o modelo psicodinâmico, como ferramenta de trabalho a serviço do paciente, uma forma de protegê-lo e beneficiá-lo. Luhmann (2001 p. 118) ressalta que a diferença está, em grande parte, na forma de se encarar a responsabilidade:

“They [young psychiatrists] are taught that in psychotherapy it is a psychiatrist’s responsibility to understand how his feelings shape his interactions with a patient, that the efficacy of therapy depends on a therapist’s self-awareness (and also on the self-awareness of the patient), and that a therapist will never be as aware as he should be.”

Nesse sentido, há de fato uma contribuição importante da noção de análise na clínica psicodinâmica para a análise na pesquisa-intervenção participativa. Essa contribuição estava, em grande parte, na realização das supervisões coletivas semanais

³² Isso significa que nem todos os CAPS contam com um número adequado de trabalhadores; que os trabalhadores recebem salários insuficientes, com frequentes atrasos; que os trabalhadores, por terem vários empregos, raramente têm a ocasião de se reunirem e discutirem os casos; que muitos serviços não contam com supervisões regulares. Nem sempre esse panorama é lembrado em ocasiões nas quais se procura comparar a eficiência do modelo biomédico com a abordagem psicossocial dos CAPS.

³³ Essa situação remete, aliás, à definição clássica de esquizofrenia: em diferentes modelos explicativos, ela é tida como algo “além da compreensão” e da capacidade empática (BARRETT, 1998). Vale lembrar, por exemplo da citação de Jaspers (apud BARRETT, 1998, p.236) “La distinction la plus profonde dans la vie psychique remette se situer entre ce qui est porteur de sens et *permet l’empathie*, et ce qui dans son mode spécifique est *incompréhensible*, ‘fou’ au sens littéral, la vie psychique schizophrène.» A caracterização da esquizofrenia como desprovida de sentido e incapaz de ser compreendida acompanha, em geral, um privilégio da abordagem biomédica.

no grupo de pesquisa. A análise na pesquisa não se separava de um retorno à própria experiência de ser pesquisador. Guardando-se as devidas proporções, havia um recurso ao que sentíamos para compreender o que se passava no GIF. Analisar a pesquisa ao longo do processo de intervenção era compreender, também, a nossa própria participação no grupo.

Isso não quer dizer que a supervisão na pesquisa fosse comparável ao processo de análise psicanalítica. Não necessariamente os pesquisadores universitários elaboravam suas histórias pessoais e vivências no grupo de pesquisa. Aliás, os demais participantes do GIF também não o faziam no grupo de intervenção. Não havia a pretensão, nem no grupo de pesquisa da Universidade, nem no GIF, de uma transformação subjetiva análoga a de uma análise. Isso não quer dizer, contudo, que essas transformações não ocorriam. As supervisões permitiam reorientar o trabalho de pesquisa-intervenção de acordo com essas transformações.

Ao longo do trabalho, tínhamos em mente a pergunta que originara a pesquisa-intervenção: o Guia GAM-BR pode ser validado? Como saber, ao longo das leituras no GIF, se o Guia estava sendo validado ou não? Em muitos momentos, ao longo dos dois anos de trabalho, encontrávamos uma enorme dificuldade para responder a essas perguntas. As supervisões ajudavam a encontrar elementos para respondê-las: como era a experiência de estar no grupo? Como sentíamos os efeitos da leitura de uma determinada passagem? Como nos sentíamos frente às intervenções de um determinado participante?

Nossas experiências também contavam, estando ao lado de outras experiências diferentes das nossas. A maneira como nos sentíamos no grupo era tão expressiva quanto as experiências dos demais participantes – nem mais, nem menos. A supervisão coletiva servia para preservar esse tipo de simetria na análise do que se passava. Se nossas próprias experiências dominavam a cena, era hora de atentar para outros pontos de vista, expressos pelos colegas de pesquisa; se, por outro lado, elas pareciam desaparecer completamente do horizonte de análise, procurávamos acessá-las de forma mais concreta novamente. Em muitas ocasiões, a supervisão servia para que puséssemos em xeque nossos próprios automatismos e descrições abstratas do processo de pesquisa. Por exemplo, em momentos de esvaziamento do grupo, eu e minha colega de campo podíamos afirmar que “o grupo não estava funcionando” (o que poderia ser um elemento para concluirmos a impossibilidade de validar o Guia). Na supervisão, esse tipo de afirmação podia ganhar mais concretude e ser reformulada como “eu me sinto

frustrada por haver poucas pessoas no grupo e por não conseguirmos criar uma Associação”. A frustração que sentíamos era parte do trabalho. Recorrer à concretude da experiência estava em continuidade com o que acontecia no próprio grupo de intervenção e com o tipo de questionamento suscitado pelo Guia GAM-BR. É apenas nesse sentido que podemos encontrar algum tipo de aproximação entre a reflexividade da análise clínica e a análise na pesquisa GAM. Não procurávamos “descobrir” motivações inconscientes (nem nossas, nem dos demais participantes), nem corrigir nossa escuta potencialmente enviesada. O recurso à nossa própria experiência não era um fim em si mesmo, mas um modo de reorientar o trabalho e, frequentemente, de reformular o problema que enfrentávamos junto ao grupo de intervenção (perguntando aos participantes do GIF, por exemplo, suas próprias hipóteses sobre o esvaziamento do grupo e o seu real interesse pela construção de uma Associação).

Nem sempre é fácil discernir o que é pertinente à experiência de pesquisa e o que é uma experiência vivida³⁴, que diz respeito apenas à história pessoal do pesquisador. De fato, esta fronteira não pode ser estabelecida de antemão, pois ela é uma construção coletiva da própria pesquisa - o que, aliás, coloca o problema da reflexividade de maneira análoga para todos os participantes dos GIs e não apenas para os pesquisadores universitários. A experiência dos pesquisadores universitários ganhou relevo aqui porque, em algumas ocasiões, as relações no próprio grupo de pesquisa tornavam-se complicadas o bastante para afetar o trabalho de validação do Guia. Daí a importância, no caso particular desta pesquisa-intervenção participativa, da dimensão reflexiva da análise referente à experiência dos pesquisadores universitários. Uma das principais dificuldades que enfrentamos - e que, diga-se de passagem, não pôde ser inteiramente superada pelo tipo de análise a que me refiro nas supervisões - estava ligada às relações entre os pesquisadores universitários participantes do GIU e do GIF. Acabou se estabelecendo uma separação entre os grupos de intervenção. As supervisões, embora contassem com a presença de todos, eram, na prática, ou apenas do GIU, ou apenas do GIF. O fato de haver apenas duas pesquisadoras universitárias no GIF fazia com que os grupos de intervenção funcionassem de maneiras bem diferentes do ponto de vista metodológico (no GIU, por exemplo, cada pesquisador universitário produzia sua própria forma de registro escrito, enquanto no GIF produzia-se, em dupla, um registro único). Esse tipo de diferença entre os grupos acabou sendo vivido de forma

³⁴ A experiência vivida distingue-se, aqui, da experiência ontológica ou pré-refletida, que está aquém do surgimento de um sujeito em particular (EIRADO *et al.*, 2010)

difícil, com frequentes, embora veladas, comparações entre os pesquisadores na Universidade (ora um grupo era visto como mais importante que o outro, ora um dos grupos era tido como mais bem-sucedido, etc.). Curiosamente, este tipo de comparação (que se fazia em termos eminentemente pessoais e ligados à experiência acadêmica) fez com que não pudéssemos considerar, em toda a sua importância, a diferença mais básica entre os grupos: em um, o Guia era lido em sua maioria por usuários, e no outro, por familiares. O impacto dessa diferença na validação do Guia não pode ser devidamente apreciado durante o trabalho de pesquisa-intervenção, em óbvio prejuízo para a análise do que se passava. Frequentemente, reproduzíamos entre colegas na Universidade tensões e conflitos semelhantes aos que ocorriam entre os familiares e usuários, ou entre os familiares e trabalhadores. A separação entre os grupos de intervenção foi agravada pelo fato de que eles corriam em paralelo no próprio serviço, pois, como vimos, a maioria dos integrantes do GIF eram de familiares de usuários que não participavam do GIU (e que, em muitos casos, sequer frequentavam o CAPS). Os poucos casos de interseção (em que um membro do GIF era parente de um membro do GIU) eram marcados pelas diferenças de pontos de vista e pelo conflito, vivido por nós com dificuldade. Por exemplo, durante um determinado período, uma mãe no GIF passou a se queixar com frequência no grupo que sua filha estava piorando. No entanto, seu ponto de vista era oposto ao do psiquiatra, que achava, na verdade, que a usuária vinha apresentando uma melhora no quadro. A mãe se ressentia do fato do psiquiatra não a ouvir e não a levar a sério. O psiquiatra, por sua vez, avaliava que a usuária vinha se mostrando mais independente e que, portanto, essa era a causa das aflições de sua mãe. Tanto a usuária quanto o psiquiatra eram participantes do GIU. Esse conflito entre um familiar e um trabalhador não era uma situação de exceção. Não raro, as relações entre familiares e trabalhadores na saúde mental são permeadas por conflitos e desconfiança de parte a parte. Trata-se de uma difícil negociação de responsabilidades. De fato, há situações na saúde mental em que o ganho de independência do usuário causa desconforto para sua família. Por outro lado, Barrett (1998, p.134) chama a atenção para o fato de que, no hospital australiano em que realizou sua pesquisa etnográfica sobre a construção social da esquizofrenia, “les discours des membres de la famille sont souvent traités avec scepticisme. Ils apparaissent parfois comme des gens s’efforçant de ‘se débarrasser’ d’un ‘patient à problèmes’ à l’hôpital.”³⁵ Essa desconfiança também é

³⁵ Agradeço a Bernard Smette a indicação da referência.

frequente nos CAPS brasileiros, de modo que a equipe tende a manter uma relação de cobrança com os familiares, esperando que eles assumam sua parcela de responsabilidade e “façam sua parte” no cuidado com o usuário. Os trabalhadores prontamente se ressentem frente a qualquer coisa que considerem negligência ou irresponsabilidade da família, sentindo-se sobrecarregados. Não se pode negligenciar, ainda, que situações de precariedade social e econômica de fato levam os familiares a procurarem os serviços de saúde como um auxílio para problemas que nem sempre podem ser classificados sob a etiqueta de um diagnóstico psiquiátrico (os CAPS, por exemplo, podem garantir pelo menos duas refeições diárias para o usuário). No caso da situação que vivemos na pesquisa GAM, no entanto, quase ignorávamos todo esse quadro e as diversas conexões que havia entre o que sentíamos nos grupos de intervenção. Quando nós, pesquisadores universitários do GIU e do GIF, conversávamos sobre esse caso específico, tendíamos a reproduzir o mesmo tipo de conflito que havia entre os diferentes pontos de vista, mas não reconhecíamos esse conflito como sendo legítimo e pertencente ao contexto de pesquisa: acabávamos o atribuindo a nós mesmos, desconfiando uns dos outros e da nossa capacidade de nos fazer ouvir e entender.

Poucos cruzamentos entre a análise no GIU e no GIF puderam ser feitos por conta disso. Portanto, a dificuldade que enfrentamos possuía um caráter sobretudo prático: não se tratava propriamente de uma interpretação enviesada, mas sim da impossibilidade de reformular o problema de pesquisa e de transformar nossas relações com os demais participantes dos grupos de intervenção. Encontrávamo-nos incapazes de nos perguntar se a validação do Guia podia ser feita de maneiras diferentes em cada grupo ou que tipo de transformações ela exigia. As diferenças que construímos entre os GIs se cristalizaram e nos tornaram menos criativos, nos impedindo de fazer as informações circularem. Apenas em retrospectiva, tivemos a ocasião de avaliar coletivamente essa questão (*cf. Epílogo*), permitindo-nos, mais uma vez, reformular o problema sobre a validação do Guia e suas diferenças em cada GI.

O recurso à experiência era uma ferramenta útil de reorientação do trabalho e/ou reformulação dos problemas de pesquisa. Possivelmente, ele não é a única ferramenta disponível para esse fim. Na Análise Institucional, abordagem de transformação de instituições que se inspirou em alguns dos conceitos psicanalíticos, é possível afirmar que toda análise é análise de implicação (RODRIGUES, 2012). Aliás, quase todas as abordagens de intervenção insistem sobre esse ponto e dispõem de ferramentas de

autoanálise. No entanto, cabe não confundir implicação com o que o próprio Lourau (1990) denominou *sobreimplicação* - uma espécie de esgotamento e neutralização do conceito de implicação, que submerge em exageros subjetivistas e em uma utilização quase protocolar por parte dos pesquisadores e interventores, que se veem na obrigação de confessar os seus segredos. A análise envolvendo a experiência pessoal dos pesquisadores não deve ser negligenciada, mas também não pode ser superestimada. Não há uma receita geral sobre como proceder para incluir a experiência, singular e concreta, de pesquisa no processo de análise. O recurso à própria experiência cabe na medida em que os problemas de pesquisa assim o demandam.

Em geral, as dificuldades surgem quando as experiências se apresentam de forma pessoal *demais*. O caráter clínico da análise na pesquisa servia justamente para conter os exageros do subjetivismo. Tal como no modelo psicodinâmico descrito por Luhrmann (2001), esse traço da análise na pesquisa estava a serviço de uma concepção relacional dos problemas. Se, para o modelo biomédico, as dificuldades de alguém podem ser descritas como uma doença psiquiátrica, localizável em uma única pessoa, já para o modelo psicodinâmico as dificuldades surgem sempre em referência a alguém que as escuta e que interage com elas. Se, de um lado, os grupos GAM não tinham a pretensão de se constituírem como uma forma de terapia, nem eram uma atividade de cunho privado, tinham, por outro lado, uma semelhança com a clínica na forma de encarar os problemas.

É comum que a recursividade da análise seja mais evidente em casos de dificuldade, quando reconhecemos algo inadequado na nossa maneira de proceder e de enxergar os problemas. No entanto, a análise não é propriamente um instrumento judicativo. Ainda que ela seja uma ferramenta privilegiada de crítica, resistindo a automatismos pessoais e institucionais, ela é, principalmente, uma ferramenta de ação. Em grande parte, as ações na pesquisa-intervenção eram orientadas não pelas dificuldades, mas sim pelo que “dava certo” e pelo que despertava o interesse e a vontade de trabalhar coletivamente. Também nesses casos, a experiência de pesquisa era parte integrante do que estávamos pesquisando, mas elas não eram o alvo de correções ou críticas negativas.

Barrett (1998), ao realizar uma pesquisa etnográfica na própria instituição de saúde mental em que trabalhava como psiquiatra, enfrentou a questão da reflexividade atentando para a tensão entre “sujeito” e “objeto”. Barrett (1998, p. 315) afirma que, imerso em seu trabalho cotidiano no hospital, quase não prestava atenção “aux mots et

aux phrases que j'utilise automatiquement, ou aux processus interprétatifs tacites (...)” em jogo na instituição. Parte de seu trabalho era ganhar um distanciamento em relação a esses automatismos, transformando-os em objeto de sua atenção. Em certa medida, ele se tornava sujeito ao ocupar uma posição relativamente cética no interior da instituição. Ao mesmo tempo, seu trabalho de pesquisa também era um produto dessa mesma instituição; a imagem do pesquisador com distanciamento crítico é um objeto criado por uma longa tradição intelectual. Nas origens da psicologia dita científica, no século XIX, o próprio introspeccionismo buscou transformar a experiência subjetiva em objeto, de maneira que a reflexividade supunha uma divisão do sujeito: parte dele tornava-se objeto a seus próprios olhos (aliás, essa divisão, como observa Barrett, não está tão distante das definições culturalmente construídas em torno da esquizofrenia). A reflexividade na análise do material etnográfico supunha um jogo de distanciamento e de aproximação, no qual nem sempre era possível estabelecer de maneira definitiva as fronteiras entre sujeitos e objetos. No caso do GIF, os sucessivos deslocamentos de ponto de vista também tornavam essas fronteiras instáveis. No entanto, ao invés de nos orientarmos privilegiadamente pela crítica de objetos, guiávamo-nos pela constituição de sujeitos e pela produção de autonomia – trata-se de duas faces de um mesmo fenômeno, mas de experiências de pesquisa bem diferentes.

O caráter reflexivo da análise estava, portanto, subordinado a outro aspecto ainda mais importante: uma atenção dos efeitos (produtivos) da pesquisa. A análise supunha uma avaliação dos efeitos da pesquisa-intervenção em nós mesmos e nos demais – ou, melhor dizendo, uma avaliação dos efeitos da produção de fronteiras entre o objetivo e o subjetivo, entre nós e os outros. A redefinição de si e de mundo era ao mesmo tempo o objeto e o produto das análises ao longo do processo de pesquisa-intervenção. A pessoalidade ou impessoalidade de uma experiência não estavam dadas de antemão, nem eram prévias às inúmeras transformações dessa “mesma” experiência nas supervisões, nos grupos de intervenção, no encontro com os outros. Não estávamos longe de algumas ideias que Freud (1996) apresenta em seu texto “Construções em análise”, de 1937. De acordo com Freud, o analista oferece ao seu analisando um nexo de sentido a partir do material de análise, seja completando o que foi “esquecido” pelo paciente, seja integrando os fragmentos que surgem na análise em alguma espécie de todo. O importante, aqui, é que Freud chama a atenção para o fato de que tais nexos de sentido são construções, mais do que interpretações, e que apurar sua correção (ou validade) só é possível por meio de seus efeitos, perceptíveis na relação com o

analizando. A construção, portanto, não é verdadeira ou falsa: ela é verdadeira ou inútil. O critério é pragmático. Deixando de lado a complexa questão acerca da natureza dessa construção na psicanálise, bem como os tipos de efeitos esperados na clínica psicanalítica, pode-se dizer que a análise em nossa pesquisa é, analogamente, uma análise a partir dos efeitos, sobretudo relacionais, da intervenção que ela mesma produz³⁶.

Isso nos leva a redefinir, ainda uma vez, a pista sobre o caráter reflexivo da análise: a análise promove uma reflexão acerca dos efeitos do dispositivo de pesquisa na redistribuição de fronteiras entre objetividade e subjetividade. O dispositivo cria objetos e sujeitos. A análise da “subjetividade do pesquisador” é apenas um de seus possíveis vetores, a serviço de uma análise ainda mais abrangente. A análise é, assim, ferramenta para acompanhar as mudanças ao mesmo tempo *promovidas* e *sofridas* pelo dispositivo no encontro com os outros.

A análise não tem como alvo nem objetos, nem sujeitos. Ao menos, não se tratam aqui de objetos e sujeitos prévios à pesquisa; a análise se volta às práticas de transformação (de sujeitos e objetos) exercidas pelo dispositivo. É nesse sentido, enfim, que podemos dizer que a análise volta-se ao próprio dispositivo: como o dispositivo transforma seus participantes e como esses o transformam? Formular estas perguntas é, antes de tudo, uma maneira efetiva de voltar-se aos outros. Nesse sentido, o “voltar-se sobre si” em jogo na pesquisa não tem nada a ver com a interpretação de uma interioridade ou com a revelação de uma verdade íntima. Trata-se de uma atitude muito semelhante à da *Clinique de Concertation*, abordagem terapêutica iniciada por Jean-Marie Lemaire, sob inspiração da Terapia Contextual fundada por Ivan Boszorményi-Nagy (DEKEYSER, 2009). Para a *Clinique de Concertation*, o trabalho clínico não está centrado em um indivíduo ou em outro elemento qualquer tomado isoladamente. O trabalho clínico, ao invés disso, volta-se ao sistema mais vasto no qual o indivíduo se insere, incluindo aí as relações entre os membros de sua família, as relações dos membros da família com os diferentes trabalhadores encarregados do cuidado, as relações dos diferentes trabalhadores entre si... O sistema pode ir se ampliando indefinidamente, de acordo com as exigências de cada situação. Segundo Maniglier

³⁶ A analogia entre a análise na pesquisa e a “análise das construções analíticas” está apenas nesse ponto específico, que diz respeito à avaliação relacional dos nexos que se produzem, também de forma relacional. Os procedimentos para fazer essa avaliação variam bastante. Não se pretende aqui, por exemplo, fazer com que a negativa ou recusa do participante da pesquisa seja compreendida da mesma forma que a recusa do analisando, isto é, como índice de resistência que viria apenas confirmar a “verdade” da construção do analista (tal como frequentemente se interpreta esse texto freudiano).

(2006, p.13), essa mudança no “alvo” da clínica, por assim dizer, corresponde na verdade a uma mudança metodológica, em que alguns dos princípios clínicos, tais como o da reflexividade, são transformados:

S’agit-il en somme d’importer au niveau collectif les méthodes de « retour sur soi » qui passent pour particulièrement appropriés à l’individu ? Doit-on attendre des familles qu’elles fassent un travail d’*interprétation* de leurs difficultés ? Les cliniques de concertation font là encore (avec d’autres) un choix qui me paraît tout à fait clair : elles ne font pas reposer leur efficacité sur la *compréhension* et la remontée en surface des non-dits ou des malentendus, mais sur la seule mise en relation de certains éléments du système qui, normalement, ne seraient pas mis en relation. Elles attendent un effet-sujet non pas de la réappropriation par la personne ou par un collectif de son être et de sa vérité intime quoiqu’obscure, mais de la simple redistribution des relations au sein d’un ensemble. Il s’agit de transformer en quelque sorte la circuiterie de l’ensemble, et non pas de travailler sur les contenus. Elles semblent reprendre le slogan de la « schizo-analyse » de Gilles Deleuze et Félix Guattari : n’interprétez pas, machinez, agencez. (MANIGLIER, 2006, p.2006, p.13)

Também na GAM, a estratégia não era interpretar significados ocultos ou buscar a apropriação de uma verdade íntima (e, sob esse aspecto, havia uma diferença significativa em relação a determinados dispositivos clínicos de base psicanalítica).,A atenção ao dispositivo GAM equivalia a um tipo de recursividade bastante peculiar, em que o mais importante não era acessar uma intimidade, mas sim reconhecer o dispositivo como parte integrante do sistema ao qual ele se voltava. Em outras palavras, perguntar sobre a experiência com os medicamentos psiquiátricos não era uma estratégia informativa, no sentido de buscar a representação de uma realidade; era uma prática de transformação, na qual o próprio dispositivo de pesquisa estava inserido. A recursividade era uma atitude análoga à “reflexão” sobre a experiência promovida pelo Guia GAM-BR. Era, enfim, uma consequência de se abandonar a presunção de neutralidade do dispositivo de pesquisa.

Voltar-se ao dispositivo também é um ato produtor de conhecimento – e, portanto, produtor de si e de mundo. O aspecto recursivo da análise é criador, tanto quanto qualquer outro aspecto da pesquisa, de acordo com as indicações da Biologia do Conhecimento. A imagem mais apropriada aqui não é a de um objeto íntimo a ser

descoberto e apropriado por um sujeito; a imagem mais próxima é a da dobra, tal como a descreve Deleuze leitor de Leibniz (DELEUZE, 1988). Toda dobra cria uma interioridade que não estava ali antes. Dobrar é um ato que põe em evidência o quanto os limites entre interioridade e exterioridade são equívocos e dependentes dos gestos que os produzem. Basta lembrar a noção de “si mesmo vazio de si” a que chega Varela (1991) a partir de sua exploração da experiência cognitiva em primeira pessoa. Paradoxalmente, o gesto introspeccionista nas metodologias de primeira pessoa busca alcançar uma dimensão pré-reflexiva da experiência, acessando o que Depraz, Varela e Vermersch (2003) denominaram “*devoir-conscient*”. Trata-se de uma dimensão aquém do sujeito e que, portanto, não pode ser englobada pela categoria de “subjetividade”. Apesar dessas ressalvas, contudo, a fenomenologia pragmática guarda algo da introspecção, indicando que a reversão da atenção é uma das etapas da *epochè*. A suspensão da atitude natural depende de uma mudança na direção da atenção, habitualmente imersa e absorvida pelo “mundo exterior”. Varela, Vermersch e Depraz (2006) afirmam que, na *epochè*, a atenção volta-se ao “mundo interior” (2006, p.79) ou à experiência, pondo em xeque o caráter dado dos objetos que nos aparecem. O redirecionamento da atenção faz surgir processos, e não coisas. Ou seja, a “reflexão” está no gesto: a experiência torna-se inabitual graças ao movimento de dobrar-se sobre si mesma.

O movimento recursivo da pesquisa é especialmente útil no campo da saúde mental, em que interioridades são tão frequentemente investigadas como objetos dados e responsabilizadas pelas mais diversas dificuldades. Ao dobrar-se sobre si, a pesquisa pode se reconhecer como parte integrante na produção dessas interioridades e corresponsável pelo que observa. De que modo o dispositivo de pesquisa corrobora identidades? As perguntas que fazemos e os problemas que investigamos são pertinentes? Se essas perguntas são indicadoras de uma operação reflexiva, é apenas na medida em que elas entendem toda e qualquer interioridade como uma fabricação. Bruno Latour (no vocabulário do site *An Inquiry into Modes of Existence*) chama esse tipo de produção de psicogênese:

Psychogène ; psychotrope : Au sens étymologique ‘ce qui engendre des psychismes’ ou ‘ce qui fait tourner des psychismes’ ; on désigne par ce néologisme tout ce qui dirige l’attention vers les êtres ‘extérieurs’ (c’est-à-dire, non compris dans la

liste habituelle des subjectivités) dont l'action est nécessaire à la genèse des subjectivités (...)³⁷

Latour segue afirmando que o sujeito é um resultado provisório e artificial de redes psicogênicas ou produtoras de interioridades « Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de cavité du sujet, mais que celle-ci doit être *creusée* par un travail de mine, déblayée, étayée, équipée, instituée, maintenue. » (LATOURE, 2012, p. 192). Um dispositivo de pesquisa pode, perfeitamente, ser parte integrante dessas redes, ajudando a produzir um determinado tipo de subjetividade. Por outro lado, o dispositivo pode ocupar outras posições, muito variadas, nessas mesmas redes, a depender da forma como ele próprio se constrói. Latour (2012) aponta que os medicamentos psiquiátricos são atores extremamente importantes nas redes psicogênicas atuais. Grande parte de nossas compreensões acerca do que somos e de nossas subjetividades é fabricada pelos medicamentos. No caso da GAM, a reflexividade equivale a uma tomada de posição do dispositivo dentro dessas redes psicogênicas e um modo de reconhecer sua própria participação na fabricação das “interioridades” que observa.

Vinciane Despret (2004a; 2009; 2011b) tem um trabalho de fundamental importância para esta compreensão sobre os dispositivos de pesquisa, graças a sua extensa e significativa reflexão sobre os dispositivos fabricados pela psicologia e pela etologia. Ela nos mostra que grande parte dos temores que assombram o pesquisador é um produto do próprio dispositivo de pesquisa. Teme-se que os resultados de um experimento devam-se não às variáveis sob o controle do experimentador, mas à relação que se estabelece entre o pesquisador e o pesquisado, à revelia do primeiro. Seria o caso, por exemplo, da famigerada “complacência” do participante da pesquisa, que, por obediência à hierarquia ou vontade de agradar, acabaria gerando resultados experimentais falseados. Na maioria das vezes, os pesquisadores procuram criar estratégias para eliminar ou neutralizar essa complacência, mas Despret nos mostra que ela tem algo a nos ensinar. Vejamos essa questão mais de perto.

Atualmente, a grande maioria das pesquisas em psicologia se realiza por meio de dispositivos experimentais, nos quais se busca validar ou invalidar uma hipótese por meio do controle de variáveis. O pesquisador procura se certificar de que as transformações observadas no comportamento do participante do experimento podem

³⁷ Site <http://www.modesofexistence.org/#the-project> ; Verbete disponível em [http://www.modesofexistence.org/inquiry/index.php#a=SET+VOC+LEADER&c\[leading\]=VOC&c\[slave\]=TEXT&i\[id\]=#vocab-1524&i\[column\]=VOC&s=0](http://www.modesofexistence.org/inquiry/index.php#a=SET+VOC+LEADER&c[leading]=VOC&c[slave]=TEXT&i[id]=#vocab-1524&i[column]=VOC&s=0)

ser atribuídas a determinadas variáveis que ele pretende estudar e que ele próprio manipula. Assim, um experimento sobre falsas lembranças, por exemplo, tal como o de Belli (1989), procura determinar se a resposta do participante sobre o que ele lembra deveu-se ou não à desinformação, variável controlada pelo pesquisador. Para isso, acredita-se que o participante da pesquisa não pode saber detalhes sobre o experimento; se ele souber que se trata de um experimento sobre a memória, por exemplo, ele pode esforçar-se por memorizar as imagens que viu ou prestar atenção redobrada às informações que vai receber – o que alteraria uma suposta realidade independente do experimento. O pesquisador, então, “engana” o participante, omitindo as hipóteses que guiam sua pesquisa e evitando que o participante queira, mesmo que involuntariamente, “ajudá-lo”.

Despret (2011b), contudo, chama a atenção para o fato de que essa omissão por parte do pesquisador não anula o ponto de vista do participante da pesquisa: não é porque não lhe contaram sobre a pesquisa que o participante deixará de formular, ele próprio, suas hipóteses e compreensões acerca do experimento. É isto que Despret verificou em sua própria replicação do clássico experimento de Valins³⁸ sobre as emoções. Em sua versão do experimento, Despret convidou os participantes para uma entrevista aberta, dez dias depois da realização do protocolo experimental. Nessa entrevista, todos os participantes contaram ter tido, durante o experimento, uma compreensão acerca de qual era o objeto de pesquisa e quais eram as hipóteses do experimentador - quase nenhum deles, inclusive, acreditou que o som de batidas do coração correspondia de fato a seu próprio ritmo cardíaco. Os participantes formulavam hipóteses sobre o problema experimental e hipóteses sobre as hipóteses do pesquisador. Em muitos casos, eram explicações bastante precisas, em referência direta à experiência concreta vivenciada durante o protocolo. Como indica Despret (2011), essas explicações se articulavam de maneiras diferentes ao próprio experimento, constituindo versões também diferentes sobre o problema de pesquisa (no caso, sobre as relações entre as emoções e o corpo). O protocolo experimental, com sua pretensão de controlar as

³⁸ Trata-se de um experimento de 1966 que busca discernir o papel do corpo na resposta emocional subjetiva. São apresentadas imagens supostamente intensas do ponto de vista emocional, acompanhadas do som de um ritmo cardíaco. No início do protocolo experimental, são conectados eletrodos no peito do participante da pesquisa, procurando levar-lhe a crer que o ritmo cardíaco que ele ouve é o seu próprio. Durante a apresentação de determinadas imagens, o som do ritmo cardíaco se acelera. A hipótese experimental é de que as imagens que foram vistas acompanhadas do som do ritmo cardíaco mais acelerado seriam aquelas que o sujeito indicaria como as que mais lhe emocionaram. Conferir a descrição detalhada do experimento e as modificações que Despret e seus colegas realizaram no artigo “Os dispositivos experimentais” (DESPRET, 2011b).

variáveis e determinar uma cadeia causal única para as observações do experimentador, só fez calar essas versões múltiplas. O dispositivo não as eliminou; apenas se tornou mais pobre e irrelevante por não dispor de nenhum modo de acessá-las.

Na pesquisa sobre as falsas lembranças, as entrevistas feitas uma semana após o protocolo experimental, réplica do de Belli (1989), também mostraram os diferentes pontos de vista dos participantes, inacessíveis nas respostas dadas até então. No protocolo experimental, por exemplo, a resposta de um participante (que dizia “lembrar com alta confiança” de um determinado item) nos fazia acreditar que ele havia experimentado o que se convencionou chamar “falsa lembrança”. Na entrevista, contudo, ele contou que durante o experimento lembrava igualmente dos dois itens (tanto o que constava na imagem, quanto o que constava do texto, isto é, da “desinformação” fornecida pelo pesquisador). Ele disse que se viu diante da necessidade de escolher qual dos dois itens ele relataria lembrar e disse ter escolhido o do texto porque, “como se tratava de uma pesquisa séria”, provavelmente “valia mais o que estava escrito” do que o que estava na imagem. Suas hipóteses e compreensões iam muito além daquilo que o protocolo experimental era capaz de interrogar (aliás, em nenhum momento ele duvidou tratar-se de uma pesquisa sobre memória, apesar dos esforços em contrário por parte dos pesquisadores). Suas hipóteses eram muito mais pertinentes ao estudo da memória e de suas condições sociais que do que sua resposta direta ao protocolo experimental.

Esse tipo de interrogação dirigida ao dispositivo experimental nos ajudou a construir um dispositivo diferente de pesquisa, a entrevista cartográfica (RENAULT; PASSOS; EIRADO, *no prelo*). O dispositivo experimental fora interrogado não por apresentar resultados “falsos”. Ele produzira efeitos interessantes, que um dispositivo diferente do próprio protocolo investigaria de forma mais satisfatória. Não pretendíamos aperfeiçoar o modelo experimental - isto é, produzir um protocolo ainda mais rigoroso do ponto de vista do controle de variáveis e da neutralidade nas relações entre experimentador e participante. Ao contrário, construímos um dispositivo mais aberto a múltiplas versões e articulações imprevistas.

É útil ter em mente a diferença para a qual Vinciane Despret (2009, p.37) nos chama a atenção, entre *dispositivo* e *artefato*: “ (...) j’avais défini comme artefactuelles les situations où l’être interrogé répond à une autre question que celle que le scientifique lui pose. ” Da perspectiva experimental, o artefato é algo a ser controlado, eliminado ou denunciado. Já da perspectiva de uma pesquisa que não pretende validar uma hipótese,

o artefato pode ser uma amostra da confiança na inteligência do participante (DESPRET, 2011). Se o outro responde a uma pergunta diferente da que formulamos inicialmente, isso significa que ele encontrou outra pergunta, mais interessante e mais pertinente para ele. Graças ao participante, pode-se recolocar o problema de pesquisa e interrogar a pertinência do dispositivo tal como ele se configurava até então. Despret (2009) refere-se também aos experimentos em etologia, nos quais o outro que é interrogado (o animal) tão frequentemente tem seu próprio ponto de vista neutralizado ou negado pelo pesquisador:

(...) lorsque la question de l'artefact se pose (...) il y a souvent quelque chose d'intéressant qui s'ouvre comme possible. Il m'est apparu que, la plupart du temps, l'hypothèse de l'existence d'un artefact s'accompagne de la possibilité de prendre en compte de fait que l'animal ait un point de vue sur la situation. » (DESPRET, 2009, p.37)

Mais uma vez, reencontramos o ponto de vista de primeira pessoa, que se torna, enfim, não um objeto de pesquisa, mas um colaborador.

Os artefatos não apenas põem em cena múltiplas versões da pesquisa; eles próprios podem ser entendidos de maneiras bem diferentes – em uma dessas maneiras, ele corresponderia a uma espécie de falência da pesquisa, uma impossibilidade de precisar qual o ponto de vista legítimo acerca do problema; em outra, ele é uma aposta na colaboração e na inteligência coletiva. Nessa segunda versão, não se pode mais falar propriamente em artefato: segundo Despret (2011b, p.46) trata-se de reconhecer que “a colaboração não rima necessariamente com artefato” e que o dispositivo de pesquisa é tão mais interessante quanto menos pretender restringir-se a uma resposta única.

No caso da pesquisa sobre as falsas lembranças, o encontro com artefatos produzidos pelo protocolo experimental colaborou para a formulação da entrevista. Já no caso da GAM, o ponto de partida nunca foi o de um protocolo experimental. Não havia controle de variáveis, nem uma hipótese a ser validada, de modo que nunca houve, propriamente, artefatos. No entanto, a questão da validação estava em jogo: a pesquisa-intervenção fora motivada pela validação do Guia GAM-BR. Tínhamos, se não hipóteses, pelo menos algumas perguntas de pesquisa: as questões do Guia eram pertinentes à realidade de um CAPS? Elas ajudam na gestão autônoma dos medicamentos psiquiátricos? O grupo de intervenção não obedecia a um protocolo, mas

tinha um caráter experimental: testava-se um instrumento em prol da produção de conhecimento.

De maneira análoga aos artefatos, diversas situações nos grupos de intervenção também interrogaram o dispositivo de pesquisa. No GIF, em especial, fomos logo de início surpreendidas pelas respostas dos familiares às perguntas do Guia partindo de seu próprio ponto de vista. Compreendemos, então, que o dispositivo que havíamos previsto inicialmente era bem menos interessante do que o dispositivo produzido pelos participantes. Havíamos planejado ouvir a opinião dos familiares sobre a pertinência das perguntas *para os usuários*. Suas respostas inesperadas (para a equipe da Universidade) se dobravam sobre o próprio dispositivo, nos fazendo interrogar: a que questões os familiares estão respondendo? As perguntas do Guia deixaram de ser apenas pertinentes ou impertinentes. Perguntávamo-nos, agora, *para quem* elas eram pertinentes, *como* o eram, e também *quando*. As perguntas se desdobravam e se multiplicavam, as respostas se tornavam mais complexas. Os familiares afirmavam a importância de suas próprias experiências e apontavam para a inseparabilidade entre suas experiências e as de outrem. Ou seja, eles nos indicavam o que a própria Biologia do Conhecimento nos ensinava: que as fronteiras entre experiências não estão dadas de antemão e que as definições de sujeitos e objetos podem variar de acordo com a situação. O que é uma experiência “para o usuário” ou “para o familiar” não é nem um pouco evidente. Surgia, assim, uma forma muito mais inteligente de se investigar a validade do Guia ou a autonomia na gestão dos medicamentos.

As expectativas e objetivos em relação à intervenção também sofriam mudanças sensíveis à medida que todos os participantes iam se apropriando do dispositivo. De início, uma das questões mais importantes para mim e para as pesquisadoras universitárias do GIF era a construção da Associação. Mais tarde, o grupo se reapropriou desse problema, transformando-o: importava mais saber como o grupo podia se expandir, fazendo com que mais familiares passassem a frequentar as reuniões. Embora fossem questões próximas, elas tinham formas radicalmente diversas de se apresentar e de mobilizar as pessoas.

Em suma, se a análise é produtiva, ela é corresponsável pelo que observa, de modo que uma das faces da análise volta-se ao próprio dispositivo (e não apenas, ou necessariamente, à subjetividade do pesquisador) como forma de sustentar a repartição de responsabilidades na pesquisa. Como alerta Despret (2009), olhar para o próprio dispositivo vai bem além de um interesse meramente epistemológico; trata-se de

lembrar que os seres não são indiferentes às questões que lhe propõem. Cabe perguntar, a si e aos outros, o que pensam e sentem a respeito de nossas perguntas de pesquisa (do mesmo modo que os familiares se perguntavam a respeito do que pensavam e sentiam os usuários frente às questões do Guia). As perguntas de pesquisa podem ser mais ou menos interessantes, podem mobilizar ou desmotivar as pessoas. O dispositivo pode obter respostas simples e definitivas, e ser completamente irrelevante; ou pode parecer errático e complicado, mas ser criativo e capaz de produzir alegria.

A forma do dispositivo da GAM era suficientemente larga para abranger múltiplos pontos de vista. Ou seja, ele nunca se propôs a ser um experimento, buscando obter uma resposta única. Ainda assim (ou justamente por isso), exigia uma atenção constante de todos os participantes para que a experiência com o dispositivo de pesquisa nunca fosse dispensável ou irrelevante. Essa atenção constante também era análise.

Como diz Despret (2011), há uma proximidade, muitas vezes insuspeita para a psicologia, entre experimentos e terapias: ambos são práticas de transformação. Na pesquisa-intervenção participativa da GAM, diferentemente de muitas práticas terapêuticas, a responsabilidade pela transformação em curso era distribuída entre todos os participantes do dispositivo. A análise servia para promover essa distribuição.

Assim, há um contraste entre o dispositivo da GAM e a descrição de Luhmann (2001) acerca do dispositivo clínico/analítico. Neste último, há uma responsabilidade quase que exclusiva do analista, perante o dispositivo. Ainda que o dispositivo sirva para pôr em relevo a responsabilidade do analisando frente às suas próprias queixas. Vale lembrar que a posição do analisando não é uma posição de vítima; suas dificuldades não são algo que o atingem “de fora”, mas são parte dele mesmo, de sua vida e de sua história. Luhmann torna evidente que uma das diferenças mais radicais entre o modelo psicodinâmico e modelo biomédico está na forma de compreender a relação entre loucura e responsabilidade moral, o que, evidentemente, afeta as maneiras de conceber o cuidado e a relação com o outro³⁹. O analista se responsabiliza pelo dispositivo comprometendo-se com a vida de seu analisando, suas angústias, expectativas e desejos. Ele não está comprometido propriamente com uma doença. Seu analisando é, para ele,

³⁹ No panorama traçado por Luhmann (2001), é importante considerar o papel da cultura norte-americana e da tradição protestante, que exalta a responsabilidade individual e condena os atos autodestrutivos. No Brasil, embora haja uma tradição protestante/ evangélica próxima à norte-americana, há também uma variedade de religiões e um sincretismo bastante expressivos, que resultam em uma mistura de formas bem díspares de se encarar as noções de agência e responsabilidade individual. Noções de culpa, castigo divino e resignação, ligadas a certa tradição católica popular convivem lado a lado com a noção de que a loucura é fruto de possessão espírita, problemas espirituais (espiritismo) ou de rituais de origem afro-brasileiras (como o candomblé).

uma pessoa capaz de se apropriar, em maior ou menor grau, de suas dificuldades, responsabilizando-se por elas.

Esse modelo de cuidado foi preponderante nos Estados Unidos durante algumas décadas, mas hoje perde espaço para o modelo biomédico, em que as dificuldades do paciente podem ser explicadas por um desequilíbrio químico ou uma peculiaridade anatômica. Essas dificuldades não têm a ver com suas experiências de sofrimento na infância, suas decepções perante a vida ou sua forma de se relacionar com os outros. Nesse modelo, o médico não é responsável por escutar o paciente e compreender seu modo de perceber o mundo e experimentar a vida. Ele é responsável por tratar sintomas.

Certamente, a concepção psicodinâmica da subjetividade gerou alguns excessos que explicam, em parte, o apelo que o modelo biomédico tem hoje. Algumas concepções foram popularizadas, generalizando-se acusações de “mães esquizofrenogênicas” ou “famílias disfuncionais”. As responsabilidades são tão individualizadas que o fracasso de um tratamento analítico é quase sempre atribuído ou ao analisando ou ao analista – nunca ao dispositivo. A procura pelas causas dos problemas motivou alguns profissionais a localizarem responsáveis e a transformarem o cuidado em saúde mental em um terreno minado de juízos morais (basta lembrar o paralelo com a questão das falsas lembranças e as técnicas terapêuticas que já sabiam, de antemão, que a “culpa” dos problemas da paciente deveria ser de algum abuso sexual sofrido na infância).

No estado do Rio de Janeiro e, em particular, na capital, há diversos CAPS cuja orientação preponderante é psicanalítica⁴⁰. Em alguns casos, esta orientação é vulgarizada e apropriada de diferentes maneiras por diferentes profissionais do CAPS. De maneira sorrateira, as noções de responsabilidade transformam-se em culpa moral para os usuários ou para sua família e em um dever pedagógico ou punitivo para a equipe. Os trabalhadores se veem na obrigação de “dar limites” e não são raras as ocasiões em que episódios de violência por parte de um usuário terminem em sanções punitivas, como sua suspensão ou sua transferência do serviço. Muitas vezes, o medicamento é mais um elemento nessa relação de controle – tomar os remédios de forma adequada é visto como uma obrigação moral do usuário.

⁴⁰ Como já indicamos, os CAPS do interior do Estado e com menos recursos geralmente não têm uma orientação clínica claramente definida, dependendo da orientação de cada trabalhador e das condições concretas de trabalho disponíveis.

Há um amplo espectro de compreensão acerca da responsabilidade moral; dificilmente pode-se precisar uma posição definitiva de tal ou tal perspectiva sobre a questão. Na prática, por vezes o modelo psicodinâmico o corrobora, por vezes o combate. Ora a psiquiatria de modelo biomédico nega qualquer responsabilidade do usuário por seus atos, atribuindo-os a uma doença, ora compreende o tratamento dessa doença como um “bem” e como uma obrigação moral. Barrett (1998) mostra que alguns termos correntes utilizados nos serviços de saúde mental comportam sentidos ambíguos e que a questão da responsabilidade moral oscila entre os polos dessa ambiguidade. Segundo Barrett (1998, p. 27), há pelo menos dois quadros interpretativos concorrentes:

L'un deux implique que le patient est un objet passif, une victime de la maladie mentale. L'autre cadre implique que le patient peut s'engager dans des actions consciemment motivées et est moralement responsable de ces actions. Le 'passage à l'acte', terme fréquemment utilisé dans les hôpitaux psychiatriques, illustre ces cadres de pensée en concurrence, car il peut être employé dans des sens différents. Utilisé dans le strict sens psychanalytique, il se réfère à des modèles de comportements qui proviennent des conflits inconscients, ce qui revient à dire que le patient n'est pas responsable de son comportement. Mais il est également utilisé dans l'hôpital de façon courante pour décrire simplement un comportement que le personnel juge inacceptable, et dans cette acception le patient est tenu pour responsable de ce qu'il a fait.

De todo modo, nesse panorama de juízos morais, o modelo biomédico frequentemente oferece um alívio. Se as dificuldades têm uma causa orgânica, pacientes, familiares e cuidadores não têm responsabilidade moral sobre as dificuldades. O uso dos medicamentos psiquiátrico é muito frequentemente percebido sob esse ângulo. Se uma substância química é capaz de alterar o comportamento de alguém de forma tão pronunciada, é porque esse comportamento pode ser explicado quimicamente. Para a equipe, é uma economia de tempo e esforço de reflexão subjetiva; para familiares e usuários, é um peso a menos sobre os ombros, já que ninguém, salvo a genética, pode ser responsabilizado. Segundo Luhrmann (2001, p. 278), os transtornos tidos como não-crônicos, caracterizados por crises agudas que melhoram relativamente rápido com o uso de medicamentos, reforçam essa compreensão:

When psychiatric illness clears, it makes eminent sense to see that person as having

suffered primarily from a disease. Doing so removes the threat of stigma. The misery wasn't really that person's fault, nor was it the fault of his or her parents. No one is to blame. Nothing but the body (and maybe a little stress) was the cause. The gift of this perspective is profound, because in the years of psychoanalytic dominance, the vulgarized psychoanalytic model was used to humiliate and insult the parent whose children suffered.

Para os familiares no GIF, o modelo biomédico de fato era frequentemente vivido como um alívio ou como uma motivação para compreender e tolerar as dificuldades no convívio com seus parentes (pensavam, por exemplo, que “embora esse comportamento seja irritante, meu irmão não faz de propósito, é por causa da doença”). Em alguns casos, esse tipo de compreensão ajudava. Em outros, contudo, era mais uma fonte de angústia e sofrimento. Como Luhrmann também indica, a saída oferecida pelo modelo biomédico cobra um preço alto: se as dificuldades não são responsabilidade de ninguém, em muitos casos simplesmente não há o que fazer. Principalmente nas situações tidas como “crônicas”, em transtornos nos quais não há alternância entre crises e estados de melhora, o modelo biomédico reafirma a previsibilidade e a fatalidade da doença: ela nunca deixará a pessoa exercer plenamente seu próprio potencial. Acometida por um acidente que a atinge “de fora”, seu transtorno não faz parte dela, mutilando sua identidade. Além disso, ela está também sentenciada a uma posição passiva, na qual ela nada pode fazer para mudar. É uma perda significativa quando comparada ao modelo psicodinâmico, para o qual os problemas e dificuldades são parte constitutiva de nossas vivências pessoais. Não à toa, o Guia GAM opõe-se frontalmente ao modelo biomédico também no que se refere à noção de responsabilidade, recusando a identificação entre doença e identidade pessoal (a página 14 do Guia traz a emblemática frase de um usuário canadense “Eu sou uma pessoa, não uma doença”).

No GIF, o modelo biomédico nunca era totalmente convincente, apesar de seus apelos e de seus aspectos à primeira vista positivos. Os familiares dificilmente abraçavam a ideia de que as dificuldades de seus parentes eram totalmente comparáveis a uma doença orgânica qualquer, como uma doença de fígado. Muitas participantes do grupo tinham doenças crônicas, como diabetes ou hipertensão, e embora reconhecessem que tomar remédios cotidianamente podia ser bastante desagradável (comparando sua própria experiência com a de seus familiares), sabiam também que os remédios que

tomavam eram muito diferentes de psicotrópicos. Suas próprias doenças e seus respectivos tratamentos não definiam de forma tão radical suas identidades, seu comportamento, sua forma de estar no mundo e de serem vistas pelos outros. Muitas vezes, os participantes contavam ao grupo que seus filhos e irmãos “aceitavam muito bem todo e qualquer tipo de medicamento, *exceto* os medicamentos psiquiátricos”. A “doença psiquiátrica”, não era, nem para familiares, nem para usuários, realmente comparável à outra doença qualquer. Para o GIF, a questão da responsabilidade insistia em ser um enigma.

O dispositivo da GAM acolhia o cruzamento dessas muitas formas de lidar com a responsabilidade na saúde mental. Todas essas versões apareciam no grupo, lado a lado, e passavam a se interrogar mutuamente. No que diz respeito ao próprio dispositivo, estávamos muito mais próximos do modelo psicodinâmico que do biomédico. A GAM, contudo, não promovia uma localização de responsabilidades morais, em grande parte graças à concepção de subjetividade advinda da Biologia do Conhecimento⁴¹. Essa atitude de não-localização de responsabilidades refletia-se na condução do dispositivo. Na GAM, a responsabilidade do pesquisador era justamente considerar a responsabilidade de todos perante o dispositivo. Em termos práticos, essa distribuição de responsabilidades era progressiva, com muitas idas e vindas. Dizíamos que o manejo do pesquisador no grupo era *inicialmente localizado*. À semelhança da posição do analista no dispositivo clínico, ele assumia de maneira deliberada uma posição de relativo destaque no grupo. Na GAM, ele também tomava para si uma série de tarefas para guiar a discussão. Essas tarefas visavam, contudo, à sua própria distribuição: o manejo localizava-se justamente para criar as condições de sua “deslocalização”. Desse modo, o manejo procurava incluir diferentes pontos de vista, fazer a palavra circular e reformular o dispositivo à medida que o cenário se transformava. Ao longo do tempo, essas tarefas deixavam de ser realizadas apenas pelo pesquisador: os demais participantes do grupo também as faziam. Dizíamos, então, que quando o manejo do dispositivo estava de fato distribuído entre todos os participantes, houvera a *contração de um grupo*. A análise em curso não era tarefa do pesquisador. Todos os participantes passavam a manejar o grupo, a garantir a inclusão de pontos de vista díspares e a transformar o dispositivo.

⁴¹ Cf. também Varela (1995) e seu ensaio sobre a ética.

Há uma grande proximidade entre a forma de lidar com a responsabilidade na GAM e a prática da *Clinique de Concertation*, que afirma, sob inspiração da Terapia Contextual, que nós não podemos corrigir o passado, mas podemos preferir tentar melhorar o futuro e explorar os recursos terapêuticos que já existem nas próprias famílias (LEMAIRE, 2013). Os GIs eram um espaço mais livre em relação aos automatismos na demarcação de responsabilidade na saúde mental, de modo que eles não mantinham uma atitude inquisitória de investigação do passado. Ao mesmo tempo, o trabalho dos grupos de intervenção era progressivamente definido pelo próprio grupo, de modo que cada participante tornava-se corresponsável por ele. Com isso, ela se aproximava da atitude da *Clinique de Concertation* e de sua referida exploração dos recursos existentes no próprio grupo (bem como dos recursos existentes nas famílias, como era especialmente evidente no caso do GIF). As proximidades com a *Clinique de Concertation* continuam, pois, como afirma Maniglier (2006, p. 16), ela - assim como o GI - não impõe aos outros um problema já criado de antemão (ou, em outras palavras, um diagnóstico):

Tout au contraire, on pense que l'essentiel du travail consiste précisément à laisser le problème se déterminer lui-même. On constate que les gens ne reconnaissent pas forcément les problèmes qu'on leur attribue (...). On va donc jouer sur les relations d'objectivation et de subjectivation *internes* à une situation – c'est-à-dire sur le fait qu'on se rend sujet (instance qui se convoque pour résoudre un problème en y réfléchissant et en y intervenant) *pour un autre* et qu'on se laisse traiter comme objet *par* les autres – afin d'initier cette dynamique de subjectivation qui entraînera des *déplacements*, des changements de position des uns par rapport aux autres et finalement une transformation de l'ensemble du système. On ne décide pas à la place des gens des problèmes qu'ils ont: on cherche précisément à ce qu'ils s'engagent dans des démarches résolutives à partir des problèmes qu'ils se donnent eux-mêmes

Tal como na *Clinique de Concertation*, os GIs criavam novos problemas – a Biologia do Conhecimento também mostra que a cognição, mais do que resolver problemas, os inventa. Sobretudo no GIF, o trabalho de validação do Guia acontecia justamente por meio desse jogo de deslocamentos do qual nos fala Maniglier, em que os pontos de vista de familiares, usuários, trabalhadores e universitários se entrecruzavam e se redefiniam mutuamente. O dispositivo produzia subjetividades, na medida em que

punha em relevo a autonomia, tal como a Biologia do Conhecimento a compreende. Como indica Maniglier (2006), o sujeito é uma espécie de excesso e não uma identidade: o sujeito ultrapassa a si mesmo graças ao fato de que se produz – ou, em outras palavras, graças à sua autonomia. Com o trabalho no GIF, podíamos afirmar que não lidávamos (apenas) com uma autonomia individual – o próprio grupo tornava-se mais autônomo, à medida que o dispositivo funcionava. Também como afirma Maniglier (2006, p. 9),

Et on peut très bien dire d'un collectif qu'il devient sujet dès lors qu'il se met à pouvoir beaucoup plus qu'on ne le croyait – et qu'il ne se croyait – capable, voire qu'il n'était objectivement capable s'il se pliait aux pesanteurs sociales et culturelles qui s'exercent sur lui

[No GIF, também acompanhamos o grupo tornar-se sujeito (ou se contrair), levando-nos a uma compreensão bem mais larga da noção de “experiência de primeira pessoa”. Transitávamos entre a primeira pessoa do singular, a primeira pessoa do plural e uma paradoxal primeira pessoa impessoal⁴², ligada a esse potencial de subjetivação a que se refere Maniglier e, ao mesmo tempo, à dimensão política das experiências pessoais da qual nos fala, como vimos, Stengers, Despret e o coletivo (2014).

Para resumir a contribuição da Biologia do Conhecimento para o problema da análise na pesquisa-intervenção participativa GAM, podemos dizer, então, que o conhecer não é representar um mundo dado e que o sujeito não é prévio à experiência na qual ele surge. Os efeitos dessas ideias tiveram um grande impacto sobre a forma de analisar na GAM, pois, a partir delas, podemos dizer que a análise a) promovia a proliferação das versões acerca dos problemas de pesquisa; b) era uma operação constantemente presente e c) dependia de uma reflexão sobre o próprio dispositivo, justamente como forma de sustentar a atenção para o que *não* necessariamente se restringia a ele. Com isso, o dispositivo podia ser reformulado à medida que o trabalho progredia. Essa reflexão sobre o dispositivo abrangia de algum modo a experiência do próprio pesquisador e, ao mesmo tempo, a transformava. Produziam-se sujeitos e objetos, deslocando as fronteiras entre “eu” e “mundo” e redefinindo responsabilidades.

Com essas características em mãos, podemos examinar, a seguir, o que servia de matéria a essa análise, a que tipo de eventos ela se voltava e quais eram os seus efeitos.

⁴² Agradeço a meu orientador Eduardo Passos pela formulação desses três planos da “primeira pessoa”.

2.2. Multiplicando sentidos

“É preciso analisar a profecia”

Marli (diário de campo do dia 27/11/2012)

Uma das principais características da análise é a atenção aos efeitos produzidos pelo dispositivo de pesquisa (que, como indica a Biologia do Conhecimento, também é, necessariamente, um dispositivo de intervenção). Essa atenção está presente não apenas na “conclusão” da pesquisa, ou numa suposta “interpretação dos resultados” alcançados; ela está presente a todo o momento: na escolha do problema, no convite aos participantes, no modo de formular as perguntas. Cada um destes gestos gera efeitos: a pesquisa observa respostas às suas próprias proposições. Nesse sentido, no caso da GAM, o manejo dos grupos também era analítico, bem como a própria leitura do Guia GAM-BR - afinal, o Guia é um convite à produção de conhecimento e à análise coletiva dos efeitos do uso de medicamentos psiquiátricos. A validação do Guia fazia, assim, com que vários planos de análise se entrecruzassem: a análise proposta pelo Guia, a análise do dispositivo de discussão coletiva do Guia, a análise do dispositivo de validação. Esses planos eram inseparáveis, de modo que a análise se fazia em diferentes níveis (ou escalas, para retomar um termo empregado pela *Clinique de Concertation*¹). Melhor dizendo, a análise se fazia justamente na passagem ou no deslocamento da atenção entre esses diferentes níveis. Tais planos estavam em sintonia uns com os outros, de modo que a atitude em relação ao Guia era muito próxima à atitude perante o dispositivo de validação. Até aqui, consideramos em grande parte a análise referente ao dispositivo da pesquisa e sua forma de produzir conhecimento. Desçamos, agora, um degrau na escala e vejamos como era análise por meio da própria leitura do Guia.

No grupo de familiares, o entrecruzamento de planos era ainda mais complexo. A análise proposta pelo Guia (quanto aos efeitos do uso dos remédios) se dava, no grupo, pela passagem entre diferentes perspectivas: a dos familiares (sua relação com os medicamentos que eles próprios usavam, suas experiências com a loucura, o convívio

¹ « La ‘Clinique de Concertation’, c’est cette capacité de changer d’échelle, de voir à quelle échelle la question de la confiance n’élimine pas la défiance et rend la polarité défiance/confiance vivante. » (TACCHINO, 2012, p.9). Ou ainda, como aponta Maniglier (2006), a *Clinique de Concertation* promove um deslocamento do foco da terapia de um elemento (um indivíduo e sua interioridade) para uma escala mais vasta, um sistema.

com seus parentes e o tratamento), a dos usuários (como seria o efeito dos remédios que eles tomam? Como eles se sentem?), a dos trabalhadores (Em que consiste o saber do trabalhador? *Quando e como* o trabalho é mais efetivo?). Cada uma dessas perspectivas era atravessada pelo ponto de vista do pesquisador. Esse ponto de vista não era resultado da mera presença dos pesquisadores-universitários nos grupos (aliás, nenhum dos pontos de vista podia ser inteiramente identificado com a presença de determinados indivíduos). O ponto de vista do pesquisador era fruto de uma atitude de experimentação. As perguntas do Guia não eram encaradas como uma coleta de informações, mas como o início de uma discussão e uma reflexão. Frequentemente, elas davam lugar a hesitações, titubeios. Os familiares, por exemplo (bem como os universitários e trabalhadores), nem sempre podiam responder prontamente a perguntas do Guia tais como a da página 52: “*Como você descreveria a experiência diária de tomar remédios?*” O grupo assumia, então, uma atitude de pesquisa ao procurar responder à questão, escolhendo qual a melhor estratégia para isso: podemos comparar a experiência dos usuários com a nossa própria experiência de usar medicamentos diariamente (como medicamentos para pressão alta ou diabetes)? E se experimentássemos, nós mesmos, os remédios psiquiátricos? Como foi a experiência de quem já tomou esses remédios? Podemos conversar com nossos parentes sobre isso? Qual a melhor maneira de abordar esse tema com eles? Uma só questão do Guia motivava uma série de outras questões, cada vez mais precisas e articuladas. As conexões se proliferavam.

Essa atitude de reflexão e investigação em relação ao Guia era reforçada por tratar-se, de fato, de uma pesquisa de validação; validávamos tanto o instrumento (o Guia) quanto o próprio dispositivo (grupos de intervenção heterogêneos). O Guia e o dispositivo de leitura e discussão tinham um caráter aberto, eram passíveis de modificações e críticas². Por um lado, o Guia trazia informações novas (sobre os medicamentos, sobre a Reforma Psiquiátrica, sobre os direitos e cidadania), sendo um importante instrumento de aprendizado. Ele permitia uma apropriação dos termos e do vocabulário usados pelos profissionais de saúde, fornecendo informações sobre direitos e disponibilizando dados importantes para o diálogo com as equipes e o exercício da cidadania. Era um aprendizado que ia desde a prática da leitura até um modo de falar e pensar sobre o tratamento em saúde mental. Por outro lado, o Guia não era apenas um

² Cf. nota 18 do Capítulo 1: tal como um “objeto flutuante” da terapia sistêmica, o Guia era uma construção coletiva, relacional.

instrumento de transmissão de informações: ele era tratado por todos como um objeto em construção. Suas perguntas e formulações não eram vistas como necessariamente corretas ou apropriadas, nem se procurava “obedecê-lo” de algum modo. Em geral, as discussões se iniciavam com um questionamento sobre a pertinência das perguntas do Guia e uma reflexão sobre a necessidade ou não de modificá-las a partir do saber e da experiência dos participantes dos grupos. Responder às perguntas do Guia servia, a princípio, para testar sua validade: esse era o objetivo da pesquisa-intervenção da GAM no CAPS e o que fora combinado como o trabalho dos GIs. Mais uma vez, não eram intimidades ou segredos pessoais que estavam em jogo e que interessavam imediatamente o grupo. Como pano de fundo, havia a construção do Guia GAM-BR, instrumento a ser utilizado futuramente por outros grupos e outros serviços. À medida que o dispositivo funcionava, cada um dos participantes assumia o papel de pesquisador no contexto de validação do Guia. As experiências pessoais serviam de critério para que cada participante do grupo avaliasse a pertinência do instrumento e propusesse alterações que o melhorassem e o tornassem mais efetivo, tanto para ele quanto para os outros. O trabalho de validação encarnava, assim, a atitude de abertura em relação ao dispositivo da qual falávamos no tópico anterior.

Se cada um dos participantes dos GIs assumia a posição de um experimentador – dizíamos que os grupos eram compostos de pesquisadores-universitários, pesquisadores-usuários, pesquisadores-familiares e pesquisadores-trabalhadores –, era porque as respostas às perguntas do Guia não estavam dadas de antemão. As razões para isso eram diversas: por vezes, quem saberia a resposta não estava presente no grupo³. No GIF, por exemplo, encontrávamos situações em que apenas o usuário poderia responder a uma determinada questão. Por vezes, ainda, a resposta não era evidente, mesmo que o que estivesse em jogo fosse uma experiência pessoal dos participantes. Nesses casos, o Guia tornava-se uma ferramenta de pesquisa em primeira pessoa. À semelhança do que apontavam Varela, Thompson e Rosch (2003), percebíamos no grupo que a experiência não podia ser apreendida a partir de uma observação distanciada, deduzida a partir de comportamentos observáveis. Ao mesmo tempo, nem sempre a experiência é transparente para aquele mesmo que a vivencia. O que, à primeira vista, podia ser facilmente respondido por meio de uma fórmula automática e

³ Como na *Clinique de Concertation*, não era preciso que respondêssemos, no grupo, a todas as questões, mas que fôssemos capazes de imaginar quem seria capaz de respondê-las e como fazer para incluí-las no trabalho. Reconhecer que um usuário sabia algo que nós mesmos não sabíamos tinha efeitos importantes no grupo.

consensual, já não era tão evidente quando transposto para termos mais concretos, próximos da experiência. Por exemplo, quando lemos juntos essa pergunta da página 52 (*Como você descreveria a experiência diária de tomar remédios?*), no dia 12/06/12⁴, as diversas participantes presentes nesse dia (Marli, Leonor, Izaura, Cremilda, Maria José) responderam, de forma imediata, que provavelmente seus parentes diriam que é uma experiência chata, já que tão frequentemente recusam a medicação. Nesse primeiro momento, elas lembravam os comportamentos de seus parentes e deduziam a resposta a partir de sua recusa ou aceitação dos remédios. Quando o usuário aceita bem o medicamento e o toma regularmente, há uma espécie de consenso de que o tratamento está funcionando e de que tudo vai bem. Quando reformulamos a pergunta sob o ponto de vista das próprias participantes do GIF, as respostas ganhavam outras modulações, com contornos mais concretos; em alguns casos, havia uma semelhança notável entre o que elas próprias sentiam e o que imaginavam que seria a resposta de seus parentes:

Leonor, na mesma hora, respondeu que toma um “monte de bolinhas todo dia, e que é chato à beça”. Ela diz que, às vezes, acaba esquecendo-se de tomar algum remédio; alguns remédios, por vezes, ela não toma de propósito. Surgem, no grupo, outras falas parecidas. Alguém (acho que Maria José) diz que toma remédios para colesterol e pressão alta, mas que percebeu que podia diminuir a dosagem de um deles, prestando atenção em como estava se sentindo. Aponto as semelhanças entre as experiências delas e de seus parentes (também o filho de Maria José presta atenção em sua própria experiência para dizer se o remédio lhe faz bem ou não, e também a filha de Leonor acha chato ter que tomar remédios). Cremilda conta que há uns vinte anos ela só dorme se tomar remédios (olcadil, se não me engano). Outras pessoas também relataram episódios em que só dormiam se fizessem uso de remédios. Foi um momento agitado no grupo, muitas pessoas começaram a falar ao mesmo tempo.

À medida que explorávamos essas experiências concretas sob diferentes pontos de vista, a ideia automática de que tomar os medicamentos corretamente equivalia ao sucesso do tratamento tornava-se menos evidente:

⁴ Memória redigida por mim no dia seguinte ao encontro com o grupo (Lorena estivera ausente no encontro e a memória, em grande medida, foi construída para que ela ficasse a par do que se passou no grupo)

Quando eu pergunto a respeito da chatice da qual falam tanto Leonor quanto sua filha, Leonor afirma, então, que o que aborrece de verdade sua filha é a frustração, o fato de ela querer fazer coisas importantes, como estudar, trabalhar, e não poder fazer nada disso. Leonor diz que ver essa tristeza a entristece também (não é claro discernir se Leonor fala dela própria, de sua filha ou de ambas). Eu aponto para o fato de que a filha de Leonor já estudou e trabalhou. Leonor concorda, mas localiza essas experiências no passado e diz que sua filha estudou, se esforçou, mas, “até por ser Down”, esquece muito as coisas, e, então, seu esforço não é recompensado. Essa fala de Leonor me fez lembrar sua queixa recorrente, de que “minha filha tem estado pior” (contrastante com a avaliação de Marcos, o psiquiatra do serviço).

A conexão “tomar remédios psiquiátricos diariamente - frustração” não estava dada de saída. Não se pode tecê-la a partir de uma observação distanciada, nem mensurá-la em um teste de múltipla escolha, no qual se deve forçosamente decidir se o remédio ajuda ou atrapalha. Mais ainda, essa conexão talvez só tenha podido se construir nas conversas do grupo, em que se rompia o isolamento da experiência de tomar remédios ao associá-la a outras experiências, como a de angústia frente a um futuro sem expectativas de recompensa. Esse tipo de articulação gerava um entrecruzamento de pontos de vista, tornando-os mais permeáveis uns aos outros, inclusive para os pesquisadores-universitários, cujos afetos também eram atravessados pelo que se passava no grupo. Experiências como a de “tomar remédios” ou de “frustração”, até então isoladas (em diferentes sentidos do termo), podiam ganhar novas conexões graças ao modo de investigação fabricado pelo dispositivo – o que permitia, também, encontrar outros modos lidar com essas experiências, até então impensados.

Qual o sentido dessa “investigação em primeira pessoa” proposta pelo Guia? Ela não é propriamente a descrição de um objeto em particular, mas sim uma atitude de abertura à própria experiência, explorando suas fronteiras e articulações possíveis.

Considerando que o Guia se dirige aos usuários de medicamentos, ele pode ser lido em um espírito bem próximo ao das experimentações realizadas por Henri Michaux (2011) nas décadas de 1950 e 1960. Michaux, como observam Bouquiaux e Despret (2014)⁵, realiza uma pesquisa experimental em psicologia ao fazer uso, ele próprio, de

⁵ Bouquiaux e Despret tomam o trabalho de Michaux como um exemplo de pesquisa psicológica que prolongaria o pensamento de Leibniz, seguindo a pista indicada por Deleuze (1988). Deleuze dá ênfase à

diversas substâncias psicotrópicas, sentindo/analizando seus efeitos do ponto de vista da modificação que elas provocam na consciência. Michaux narra em primeira pessoa suas experiências com as mais diversas substâncias, tais como a psilocibina e o haxixe, em um livro belamente intitulado *Connaissance par les gouffres*. Ele descreve, durante e depois de suas experimentações, os diferentes estados de consciência que atravessa e estabelece frequentes analogias entre os efeitos das substâncias e os estados de consciência ditos “sintomáticos”, como as alucinações e delírios que independem do uso de psicotrópicos.

De um modo geral, socialmente evitamos encarar o uso dos medicamentos psiquiátricos sob a perspectiva da experimentação. Sandro Rodrigues (2014), também pesquisador da GAM no CAPS de São Pedro da Aldeia, aponta que o atual cenário de guerra às drogas no Brasil (e em outras partes do mundo) estabelece um corte radical entre substâncias psicotrópicas legais e ilegais, dando a entender que as substâncias prescritas pelo médico são necessariamente boas e as substâncias ilícitas são necessariamente ruins. Afasta-se a atitude de risco e experimentação que moveu a própria ciência inicialmente e que permitiu descobertas pioneiras, muitas vezes graças à autoexperimentação. É interessante observar que as experiências dos próprios usuários com substâncias psicotrópicas prescritas (os chamados medicamentos) não são admissíveis como produção de conhecimento e as alterações nas doses prescritas pelo médico não são tidas como escolhas legítimas – elas são lidas sob o registro da desobediência ou da falta de adesão ao tratamento medicamentoso. Os medicamentos são o produto de experimentações metodologicamente rigorosas, mas que são realizadas em um ambiente fora do alcance dos usuários, distante da vida cotidiana - tratam-se das experimentações realizadas no laboratório contra-placebo, como veremos mais adiante (PIGNARRE, 1997). Por outro lado, as experimentações e vivências com as substâncias proscritas (as denominadas drogas ilícitas) também não são tidas como produtoras de conhecimento, sobretudo quando vistas a partir da perspectiva de quem as utiliza. Para que as experimentações com substâncias (sejam elas quais forem) sejam tidas de fato como produtoras de conhecimento, busca-se garantir o controle científico por meio da utilização de uma metodologia de terceira pessoa e da observação controlada de comportamentos. Em nenhum dos casos o usuário é o protagonista.

obra poética de Michaux, enquanto Bouquiaux e Despret examinam, preferencialmente, seu trabalho a partir das substâncias psicotrópicas (que também inclui poesias).

Contudo, a experiência com as substâncias não se esgota no comportamento observado por outrem. Michaux, inclusive, destaca o contraste entre sua própria vivência (no caso, sob influência da psilocibina) e a que percebia ser a de seus observadores⁶:

Je voyais souvent des grimaces. Peut-être venaient-elles de mon être dédoublé et témoin, qui m’entendant parler sérieusement (trop) et avec trop de complaisance aussi et de docilité et de zèle à ces docteurs curieux qui voulaient que je ‘communique’, se moquait en douce des mes explications empressées ? Ces grimaces rendaient manifestes des torsions formidables comme la tératologie et les ‘gueules cassées’, n’en présentent pas, sans pour cela rendre repoussants les visages qu’elles marquaient, laids seulement d’une laideur sans conséquence, non sentie comme laideur.

(...)

Toujours flegmáticos, silencieux, quêtors, ils [*os obsevadores*] interrogeaint du regard le plongeur que j’étais dès que je faisais surface. Leur visage qui se voulait naturel était embarrassé. J’essayais laborieusement de leur montrer (...) que les grimaces en somme s’expliquaient par la combinaison de lignes tordues (...) Les lignes ondulantes, jusque-là neutres affectivement, aussitôt paraissent grimaçantes. (...) Mais eux, muets, sans doutes mal convaincus, attendaient que je passe à un autre sujet, à une idée moins ‘folle’ (!) ou – qui sait ? – à une idée carrément folle, plus nettement délirante, qu’ils eussent pu identifier à coup sûr comme tel, au lieu de rester dans la doute. (MICHAUX, 2011, p. 45)

As sensações sob influência da psilobicina não são perceptíveis ou dedutíveis a partir do comportamento observado por terceiros. Há um saber advindo da experiência, produzido por quem a vive em primeira mão, que é irredutível às descrições distanciadas realizadas por outrem. O Guia GAM convida a uma exploração análoga à realizada por Michaux, em que a experiência de usar determinadas substâncias pode ganhar uma descrição cada vez mais rica e detalhada graças ao relato de quem a vive.

Os relatos minuciosos de Michaux deixam perceber que cada substância tem um caráter particular e que cada experiência com uma mesma substância é única. Assim, dizer que suas descrições se referem a substâncias alucinógenas é dizer muito pouco: a

⁶ Em algumas ocasiões (não em todas), Michaux convidava observadores para suas experimentações (nesse caso, médicos).

mescalina, por exemplo, provoca a visualização de sons, transformando-os em imagens; o haxixe faz aparecerem tanto imagens quanto sons e ruídos (MICHAUX, 2011, p. 195). Cada uma dessas experiências pode ser descrita em seus detalhes singulares e articulada ao contexto específico em que foram usadas (em que ambiente se estava? quem estava presente?). Tal como sugerem as metodologias de primeira pessoa (VERMERSCH, 1994; VARELA; SCHEAR, 1999), só é possível elaborar um saber articulado sobre uma experiência concreta partindo-se do ponto de vista de quem a vive. O Guia GAM convida à produção de narrativas semelhantes para as substâncias psicotrópicas prescritas em psiquiatria: dizer que são “antipsicóticos” ou “ansiolíticos” é dizer muito pouco.

O Guia GAM, assim, pode ser lido sob a inspiração das metodologias de primeira pessoa, pois ele propõe questões que se endereçam à experiência em seus aspectos práticos. Não há, de antemão, uma qualificação dessas experiências em termos positivos ou negativos. Assim como na entrevista de explicitação (VERMERSCH, 1994), evitam-se perguntas que evoquem juízos, racionalizações ou interpretações (tais como “*Por quê?*”), preferindo-se interrogar a descrição concreta e factual do que se passa (“*Como? Quais efeitos?*”). A experiência é encarada não a partir dos seus resultados (em termos de sucesso ou fracasso no alcance de determinadas metas estabelecidas de antemão), mas sim sob o ponto de vista de seu desenrolar. Sob esta perspectiva, a experiência é também um conhecimento prático. Lembrando Maturana e Varela (2005), todo conhecer é um fazer, de modo que toda vivência também pode ser descrita como um saber-fazer (*know-how* ou *savoir-faire*). A experiência de tomar medicamentos é, na prática, composta por uma série de gestos que carregam um saber prático extremamente articulado e adaptado às exigências da situação. Os usuários possuem saberes implícitos que podem ajudá-los a responder uma série de questões: qual o melhor horário para tomar o medicamento? Como ajustar as doses de forma a aumentar o bem-estar? Qual o equilíbrio entre benefícios e prejuízos que funciona melhor para mim? Normalmente, este saber não ganha legitimidade e raramente é tido como tal, seja pela sociedade, seja por aquele mesmo que o exerce.

Um dos pontos de partida das metodologias de primeira pessoa é o interesse por esses saberes implícitos, que quase nunca ganham expressão formal. Vermersch (1994), por exemplo, desenvolveu a entrevista de explicitação como forma de acessar estes saberes práticos que não poderiam ser prontamente postos em palavras nem mesmo por aqueles que o realizam. Muitas vezes, trata-se de gestos cotidianos, como cozinhar ou

andar de bicicleta. Outras vezes, trata-se de competências profissionais sofisticadas, que só são aprendidas na prática e que podem ser encontradas nos mais variados campos de atuação, desde a enfermagem até à resolução de problemas matemáticos. Um perito em determinada área, embora extremamente competente, pode se sentir incapaz de explicar, de maneira imediata, *como* realiza suas ações ou resolve um determinado problema. No dia-a-dia, as pessoas podem “não saber que sabem” e se surpreenderem ao se dar conta das habilidades que desempenham de forma não consciente. Enfim, as metodologias de primeira pessoa se interessam por estes aspectos implícitos da experiência de se realizar uma determinada tarefa. Até então pré-refletidos, estes aspectos podem ganhar a consciência refletida (*becoming aware*) por meio de determinadas técnicas, tais como a entrevista de explicitação. Essas técnicas podem ser descritas como um “fazer-saber” que permitem a alguém pôr em palavras fenômenos que estavam às margens da consciência, mas que são imprescindíveis à realização de determinadas ações.

Não são, contudo, apenas competências práticas ou resoluções de problemas que podem ser tidas como um saber-fazer. Petitmengin e seus colegas (2007), por exemplo, interessam-se pelas sensações que antecedem uma crise de epilepsia. Tratam-se dos chamados sintomas pré-ictais ou, ainda, sensações premonitórias ou de aviso. São sensações subjetivas que podem anteceder a crise em até 24 horas. Elas se apresentam de maneira relativamente contínua na experiência subjetiva e não se confundem com o fenômeno geralmente conhecido como “aura”, mais súbito, intermitente, temporalmente próximo à crise e que se compõe por sensações já relativamente bem descritas na literatura (a aura, na verdade, é tida como uma crise parcial, isto é, uma parte da crise maior que se manifestará subsequentemente). Essas sensações subjetivas “de aviso” podem passar despercebidas e é preciso o cultivo de uma atenção pouco habitual para notá-las: são sintomas como *sentir-se pouco à vontade, gaguejar ou se atrapalhar na pronúncia de palavras, sentir-se sem energia* (PETITMENGIN; NAVARRO; LEVANQUYEN, 2007). Em geral, esses sintomas são negligenciados pelos médicos e, não raro, pelas próprias pessoas que os vivem. Despercebidas ou encaradas de forma isolada, essas sensações tornam-se desimportantes. Porém, mesmo assim algumas pessoas são capazes de notá-las e desenvolvem competências a partir delas (no artigo citado, a mulher que descreve esses sintomas relata, por exemplo, nunca dirigir ao começar a senti-los). As metodologias de primeira pessoa, nesse caso, complementam os estudos de neuroimagem ao tirar partido de experiências tais como a dessa mulher e

podem criar as condições para acordar a devida atenção a essas sensações, reabilitando-as como legítimas e interessantes à produção de conhecimento sobre a epilepsia.

Assim como no caso dos sintomas que antecedem a crise de epilepsia, as sensações relativas ao uso de medicamentos psiquiátricos nem sempre estão imediatamente disponíveis à consciência refletida. A validação do Guia GAM-BR supunha um trabalho concomitante de pesquisa da própria experiência. O Guia, tal como a entrevista de explicitação, guia o sujeito de maneira não diretiva na exploração de sua própria experiência. Ora, pesquisar a própria experiência é também inventar, acordar atenção e valor a determinadas sensações e criar articulações onde antes havia vivências isoladas e desimportantes. As metodologias de primeira pessoa não são, assim, um mero instrumento de coleta de informações: quando uma sensação pré-refletida passa à consciência, há uma mudança qualitativa. Mais do que reconhecimento, ela provoca surpresa.

As experiências evocadas pelo Guia são as mais diversas: dizem respeito ao cotidiano de tratamento, ao exercício da cidadania, às relações com os outros. São experiências que se interpenetram e cujas associações ou afastamentos aparecem à medida que acordamos atenção a cada uma delas, deixando-nos surpreender pelos seus percursos. Daí as possibilidades, singulares e diversas, das experiências com os medicamentos.

Le comportement individuel avec une drogue reste un point à 'surprendre'. Une drogue, plutôt qu'une chose, c'est quelqu'un. Le problème est donc la cohabitation. Ou s'aimer (jouer ensemble, s'unir, ou aussi se renforcer, s'exalter) ou bien s'opposer (se combattre, se bouder, mettre l'autre en échec, se replier). Là aussi, les uns sont doués pour l'union, les autres pour leur préservation. » (MICHAUX, 2011, p.65)

É nesse espírito que o Guia GAM-BR convoca à experimentação e torna cada participante do grupo um co-pesquisador. Avesso às generalizações e conceituações abstratas, ele propõe uma exploração da singularidade das experiências, fazendo-as proliferar. Ele é um instrumento de diferenciação.

A atitude do Guia GAM-BR é muito próxima a de outras abordagens em que a experiência vivida se torna tão ou mais importante que o saber dos especialistas. É o

caso, por exemplo, do *Institut Dingdingdong*, Instituto de Co-Produção de Saber sobre a Doença de Huntington (DH)⁷. A DH é um distúrbio hereditário que afeta progressivamente comportamentos motores, cognitivos e emocionais, provocando o que geralmente se denomina por neurodegenerescência. Até o presente momento, não tem cura. O *Institut Dingdingdong* põe em ação uma estratégia de mobilização do pensamento e criação de outros horizontes de significado frente ao diagnóstico e ao curso da doença, fazendo frente à impotência e às certezas que geralmente os acompanham (RIVIÈRES, 2013)⁸. A DH é a única doença genética para a qual a medicina desenvolveu um teste preditivo, que é capaz de determinar se a pessoa é ou não portadora do gene desencadeador da doença antes da manifestação de qualquer sintoma. O teste preditivo é uma estranha ferramenta, eticamente questionável, da medicina, pois afirma com absoluta certeza se alguém manifestará ou não a doença no futuro - uma doença, vale lembrar, ainda sem cura. Frente ao saber médico já produzido sobre a DH (incluindo aí o teste preditivo), a estratégia do *Dingdingdong* é criar outros destinos e escapar ao futuro sombrio que até então se previra como inexorável. O prognóstico muitas vezes devastador proferido pelos médicos tem um caráter performativo, anulando as possibilidades de tornar-se qualquer outra coisa que não um “portador de Huntington”. Tal como na psiquiatria, o diagnóstico geralmente afeta também toda a família, não apenas por tratar-se de uma doença hereditária, mas também porque espera-se no futuro uma situação de dependência do usuário em relação aos seus familiares ou próximos. No entanto, aqueles que se veem afetados pela doença não se definem unicamente por esse saber médico que, por vezes, parece unificar suas diferentes experiências e determinar um destino comum. Essas pessoas inventam cotidianamente estratégias diversas para lidar com suas experiências ou, como afirma o *Institut Dingdingdong*, para *compôr* com elas:

Pourtant, d'autres savoirs et savoir-faires existent pour améliorer le sort de ces personnes. Ils sont développés spontanément par les proches de ces malades (...). Et ils sont bien sûr aussi développés par les malades eux-mêmes. Tous ces acteurs ‘profanes’ de la MH [*Maladie de Huntington*] développent des stratégies, parfois depuis des générations, pour anticiper et compenser efficacement

⁷ Agradeço a Vinciane Despret por me apresentar o Instituto e a Emilie Hermant e Valérie Pihet, fundadoras do instituto, pelas informações e materiais disponibilizados. Cf. também o site www.dingdingdong.org.

⁸ Por exemplo, a neurodegenerescência que supostamente caracteriza a DH é, no seio desse coletivo, entendida como neuro-evolução.

leurs difficultés. Or aujourd’hui, tant les protocoles médicaux que les associations ne semblent pas avoir les moyens de s’appuyer sur ces savoirs qui sont pourtant fondamentaux pour le bien être des concernés, dans le cadre d’une maladie où, en l’absence de traitement, une approche par le *care*, fait justement toute la différence. (DINGDINGDONG, 2014, p. 2)

Também aqui, tratam-se de estratégias de co-habitação. *Dingdingdong* se interessa por esses “saberes profanos”, experiências cotidianas das pessoas que se veem afetadas pelo diagnóstico e pela doença, pesquisando como essas experimentações podem criar um destino menos previsível e ameaçador. Os usuários e seus parentes próximos também têm, tal como na GAM, o estatuto de co-pesquisador. Suas vivências, tantas vezes vistas de maneira isolada ou tidas como desimportantes tornam-se o foco e associam-se a outros contextos, compondo práticas inovadoras. Uma das participantes deste coletivo, por exemplo, Anne Collod, é dançarina e coreógrafa e ela se interessou justamente por um dos sintomas mais marcantes da DH, a coréia⁹ (do grego *khoreia*, dança)¹⁰. Acompanhando o modo como um homem afetado por esse sintoma compunha, em seu cotidiano, com esses movimentos ditos imprevisíveis, ela desenvolveu um dispositivo de experimentação e aprendizagem; construiu-se uma partitura coreográfica a partir desses movimentos, que se tornaram, então, material de estudo. A experiência cotidiana de lidar com um sintoma pôde, assim, associar-se a um universo inicialmente imprevisível, o da dança.

Essa estratégia associativa não nega, contudo, todo o sofrimento que os sintomas podem trazer. Não se trata de menosprezar as dificuldades de conviver com a doença. No entanto, é possível tornar essas dificuldades menos óbvias quanto ao seu significado e menos previsíveis quanto ao seu destino. Os movimentos associados à DH são sintoma ou dança? Ou são ambos? À medida que novas associações são feitas, as respostas deixam de ser tão imediatas, sendo preciso refletir e acolher sentidos ambíguos, equívocos e até então implícitos.

Não por acaso, o *Institut Dingdingdong* teve uma forte inspiração no movimento dos Ouvidores de Vozes (BAKER, 2000). Geralmente tratadas como um

⁹ A descrição mais comum do sintoma é: movimentos rápidos, irregulares e involuntários dos membros, face ou tronco. Originalmente, a doença denominava-se Coréia de Huntington (Cf. site da ABH – Associação Brasil Huntington, <http://www.abh.org.br>).

¹⁰ Publicação no Huff Post em 27/11/2014, artigo de Emilie Hermant e Valerie Pihet intitulado “Quand l’espoir doit se fabriquer”, disponível em http://www.huffingtonpost.fr/valerie-pihet/maladie-de-huntington-quand-lespoir-doit-se-fabriquer_b_6230520.html

sintoma de doença psiquiátrica e índice de sofrimento, a experiência de ouvir vozes pode, contudo, ser vivida de muitas e diferentes maneiras. Os grupos de ouvidores de vozes reúnem pessoas que passam por essa experiência permitindo-lhes falar sobre o que vivem em um contexto diferente do da tradição psiquiátrica majoritária hoje em dia, na qual se nota apenas a presença ou ausência de alucinações. Nos grupos, a experiência de ouvir vozes é abordada em si mesma, como uma vivência digna de interesse, rica em seus detalhes e em sua singularidade. Ela não é definida unicamente como um índice de transtorno mental; ela é uma experiência pela qual vale a pena interessar-se. Esses grupos nos mostram que notar a presença ou a ausência de alucinações auditivas é muito pouco. A experiência de ouvir vozes pode ser extremamente diversa. Um recente estudo (WOODS *et al.*, 2015) propôs-se a investigar a variação subjetiva dessas experiências ditas alucinatórias¹¹. Estudos que levem em conta a experiência subjetiva de ouvir vozes ainda são bastante escassos. De acordo com o artigo, os poucos estudos existentes tendem a assumir muitos pressupostos, formulando suas interrogações a partir de perspectivas que podem estar equivocadas em relação ao que as pessoas de fato vivenciam (insiste-se, por exemplo, em questionar as características estruturais das vozes, como seu volume ou sua localização espacial, quando, na verdade, pode ser mais relevante interrogar sobre a identidade das vozes). As pessoas que já têm um histórico de vivência psiquiátrica tendem a descrever sua experiência de maneira muito particular, pois se habituaram a discorrer sobre o que geralmente são interrogadas¹². Os

¹¹ Este estudo propôs um questionário online, mesclando perguntas fechadas e abertas, sobre a experiência de ouvir vozes, que permaneceu disponível durante três meses (de setembro a novembro de 2013). Este questionário é parte do Projeto *Hearing the voice* (www.hearingthevoice.org), um projeto interdisciplinar da Universidade de Durham (Reino Unido) que busca abordar “o fenômeno de ouvir uma voz que ninguém mais pode ouvir” em seus aspectos cognitivos, neurocientíficos, sociais, culturais, bem como em seu significado histórico e suas possibilidades terapêuticas.

¹² Em outras palavras, o dispositivo (de pesquisa ou terapêutico) performa um sentido para as experiências que aborda e define um modo específico de se endereçar às pessoas. Não são apenas os trabalhadores que aprendem a estar nos serviços de saúde mental – também os usuários o fazem. Barrett (1998) observa que os ciclos de aulas, discussões de caso e confecção dos documentos de admissão e prontuários conferem forma e significado precisos ao discurso do usuário, informando-o de maneira indireta sobre o que é interessante ou desprezível em suas vivências: “Le cycle lecture-parle-écriture offre à tous les patients un langage à l’aide duquel représenter cette maladie à leurs propres yeux et à ceux des autres” (BARRETT, 1998, p. 157). Sue Estroff (1998), em seu notável trabalho etnográfico junto aos usuários de um serviço de saúde mental norte-americano em espaço aberto, demonstra como os modos de organização e funcionamento dos serviços, repletos de injunções paradoxais, fabricam o que entendemos como “loucura” e como os usuários desse serviço aprendem a desempenhar os papéis que lhes são designados. Esse aprendizado pode ser usado de diferentes maneiras – alguém pode tanto “desempenhar seu papel de louco” quanto evitar uma intervenção indesejada. Este aprendizado perpassa os níveis mais sutis de relação com a experiência e chega até ao grau extremo e anedótico do episódio narrado por Luhrmann (2001): um teste de admissão comum em serviços psiquiátricos contém perguntas protocolares sobre questões do dia-a-dia, fazendo apelo ao senso comum para avaliar o estado mental do usuário. São perguntas sobre localização espacial, temporal e comportamento esperado frente a situações cotidianas.

achados deste estudo confirmam o que os grupos de ouvidores de vozes já sabiam: que as vozes não são todas iguais, que elas não afetam as pessoas do mesmo jeito e que elas não significam todas a mesma coisa. Nem todas as vozes, por exemplo, têm qualidades propriamente auditivas; algumas pessoas as “ouvem” como possuindo características mais próximas às de pensamentos. Muitas vozes – embora nem todas - têm uma personalidade bem definida no que diz respeito ao gênero, idade, padrão emocional de respostas ou intenções¹³. Algumas pessoas ouvem vozes indistintas, como multidões. Muitos sentem efeitos corporais acompanhando as vozes, como sensações de calor ou dor em alguma região do corpo. Muitas pessoas ouvem vozes ameaçadoras e críticas, mas muitos ouvem também vozes que dão conselhos e apoio. Outros, ainda, ouvem vozes que não se dirigem diretamente a eles próprios. Pode-se viver essa experiência de muitas maneiras diferentes - vozes amigáveis podem dar conforto e ânimo, contudo, não é raro que, por inúmeros fatores (inclusive o estigma e os tipos de tratamento oferecidos hoje), essas experiências sejam vividas com medo, vergonha e desespero. No entanto, também é possível aprender a conviver (compor ou coabitar) com as vozes de maneiras mais criativas e menos sombrias. Os grupos de ouvidores de vozes permitem torná-las menos assustadoras pelo simples fato de tratá-las como uma experiência compartilhada e ‘compartilhável’. Ao mesmo tempo, eles promovem a troca de *know-how* e a descoberta de novas estratégias para lidar com as dificuldades que essas experiências podem provocar. Pode ser útil, por exemplo, responder a algumas vozes que tendem a incomodar mais caso sejam ignoradas. Isso pode ser socialmente muito embaraçoso, mas estratégias simples, descobertas no dia-a-dia por quem convive com esse problema, podem tornar tudo mais fácil: basta, por exemplo, ter em mãos um telefone celular, um instrumento que faz com que seja aceitável o comportamento de “falar sozinho” (Baker, 2000). Romme e Escher (2010) enumeram muitas outras estratégias desse tipo, inventadas no cotidiano, tais como estabelecer um horário para falar com as vozes, desafiar suas ordens e previsões quando se tratarem de ameaças, etc. Ao acessarmos

Uma dessas perguntas de teste, nos EUA, é “o que você faria se visse um envelope selado e endereçado caído na calçada?”. Uma variante igualmente comum dessa questão é “o que você faria se visse um incêndio?”. Um usuário que já passara por numerosas admissões, ao ser perguntado o que faria ao ver o incêndio, respondeu distraidamente em sua admissão mais recente: colocaria na caixa de correio...

¹³ Muitas vezes, a identidade das vozes tem relação com episódios da vida pregressa, podendo representar ou evocar, por exemplo, uma pessoa conhecida, como um agressor (não é raro que os ouvidores de vozes tenham enfrentado situações traumáticas como abusos sexuais ou outras formas de violência). Outros estudos anteriores já indicavam que é possível encontrar (ou fabricar) associações entre as vozes e a história pessoal de quem as ouve (ROMME; ESCHER, 2010), abordagem que tem se mostrado importante para o tratamento.

cada experiência em seus detalhes, percebemos que a variação é enorme. Os grupos de ouvidores de vozes permitem, a um só tempo, a fabricação de um relato pessoal dessas experiências e a criação de uma comunidade em torno de algo até então vivido de maneira isolada e individual.

Os ouvidores de vozes e a GAM têm uma semelhança quanto a este duplo movimento de diferenciação e criação de um plano comum. O Guia GAM-BR não se limita à perspectiva excessivamente unificadora das tradições dominantes da psiquiatria, interessando-se pela singularidade e extrema variabilidade das experiências. Ao mesmo tempo, o Guia promove a discussão em grupo dessas experiências, propondo modos de compartilhamento e a criação de estratégias coletivas. Ele convida à composição.

Os grupos de ouvidores de vozes têm um papel fundamental na construção de uma identidade e de um destino criativo para quem ouve vozes (assim como o Instituto *Dingdingdong* para os portadores de Huntington). Tal como a GAM, esses movimentos procuram ampliar o horizonte existencial para além das fronteiras de um diagnóstico, transformando a maneira habitual de nos endereçarmos às pessoas¹⁴. Receber um diagnóstico de esquizofrênico ou ser reconhecido como capaz de explorar uma experiência que faz parte das possibilidades existenciais humanas¹⁵ têm efeitos radicalmente distintos. Os grupos de ouvidores de vozes procuram frequentemente associar essas experiências a contextos diferentes do contexto estritamente psiquiátrico, explorando, por exemplo, o significado religioso ou espiritual que as vozes têm para alguns (BAKER, 2000). Portanto, ao se conferir singularidade a uma experiência e diferenciá-la de outras semelhantes, busca-se abrir novas frentes de significado e novas possibilidades de associação. Ao invés de promover individualização, essa estratégia leva à conexão de experiências pessoais a outros contextos, significados e perspectivas, multiplicando-se os elos e as possibilidades de articulação.

Assim, investigar a experiência em primeira pessoa nos grupos GAM equivalia a transformar essa experiência, fazendo com que seus sentidos proliferassem. Analisar,

¹⁴ Confirmando essa proximidade, a equipe da UFRJ que compõe a pesquisa multicêntrica da GAM, que inclui os professores Octavio Serpa e Erotildes Leal, mantém um grupo de ouvidores de vozes no IPUB (Instituto de Psiquiatria da UFRJ) e elaboraram material importante sobre essa abordagem no Rio de Janeiro (MUÑOZ *et al.*, 2011)

¹⁵ Romme e Escher (2010) indicam, inclusive, que uma parcela significativa da população – em torno de 4% - “ouve vozes” em algum momento de suas vidas, e a maioria não se enquadra nos critérios diagnósticos de transtorno mental. Garrett (2010) aponta, por exemplo, que não é incomum que viúvos ouçam, durante certo período, a voz de seus falecidos esposos, sugerindo, ao lado de outros numerosos exemplos, que há um contínuo entre as ditas alucinações auditivas e a existência subjetiva mais ordinária (dita “normal”).

neste contexto, não era nem descrever detalhadamente um objeto dado, nem decompô-lo ou isolá-lo (no sentido de se isolar um componente de um conjunto mais vasto). A análise era produtiva e nada tinha a ver com estratégias de purificação ou controle. Ao contrário, toda descrição detalhada era posta à serviço da diferenciação e da articulação, tornando o dispositivo de pesquisa cada vez mais “impuro”. Tanto durante os encontros dos GIs quanto nas supervisões e na elaboração de material escrito da pesquisa-intervenção (memórias, narrativas, artigos), tratava-se sempre de estabelecer relações, encontrar outros sentidos, procurar novas associações além das que se apresentavam automaticamente. O vínculo entre as experiências de “uso diário de medicamentos psiquiátricos” e de “frustração”, para retomar a passagem relatada anteriormente, não estava dado de imediato. A própria estrutura do Guia põe lado a lado questões relativas à medicação, aos direitos, à cidadania, etc., promovendo conexões que não eram necessariamente evidentes ou previsíveis. Foi assim que, no GIF, construiu-se um elo importante entre o tratamento em saúde mental e o direito ao transporte, por exemplo. A análise servia a um só tempo para afastar as generalizações e fabricar conexões, em uma experiência de composição.

O “alvo” da análise, portanto, estava longe de ser um dado objetivo, no sentido mais corriqueiro do termo: “dados objetivos” não eram nem a matéria, nem o resultado de observações presumidamente neutras de pesquisadores. Em outras palavras, esse tipo de objetividade não era nem o ponto de partida nem o ponto de chegada da análise. Por outro lado, também não o eram supostos dados “subjetivos”, propriedades que poderiam ser inteiramente atribuídas à psicologia de um indivíduo. Sob esse aspecto, a expressão “experiência de primeira pessoa” pode facilmente induzir à confusão. A abordagem do método cartográfico ajuda a esclarecer essa questão (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014).

A cartografia é um método de pesquisa para acompanhar processos. Suas próprias observações são parte integrante desses processos, de modo que a pesquisa é, necessariamente, intervenção. Nesse contexto, interessa à cartografia acessar a experiência concreta de pesquisa, que inclui observador e observado. “Experiência”, aqui, não é sinônimo de “propriedade de um sujeito”; é um termo que se refere, antes, ao plano de coemergência de sujeitos e objetos: “A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação” (PASSOS; BARROS, 2009, p.18).

Por isso, a análise no método cartográfico guarda uma grande distância da ideia de neutralidade do pesquisador (RENAULT; BARROS, 2014). Ela está mais próxima da noção de experiência evocada pela Biologia do Conhecimento (RENAULT, 2010). A análise em cartografia pode ser inspiradora aqui, pois ela não é um instrumento para resguardar uma suposta objetividade de investidas subjetivas. Ao mesmo tempo, ela não se limita a acompanhar as diferentes visadas pessoais que cada um poderia ter acerca do que está sendo pesquisado. Tudo indica que, em cartografia, o papel da análise é traçar um plano comum, fabricar composição. A análise em cartografia não se furta à objetividade, ela apenas não a define em oposição ao “subjetivo” - sua objetividade é a da própria experiência.

Sendo assim, a cartografia não dispensa a análise: a experiência não é um dado que eximiria a pesquisa de qualquer elaboração adicional. Essa elaboração também não pretende produzir uma experiência unívoca, com o caráter de evidência. A experiência demanda construção, criação de articulações, e gera uma multiplicação de seus sentidos possíveis. A análise busca sustentar a atenção aos problemas de pesquisa durante essa tarefa de construção. Nenhuma regra ou procedimento pré-definido pode garantir essa atenção ou determinar o modo como a situação de pesquisa irá se articular.

O fato de a análise em cartografia não se basear em um procedimento ou conjunto de procedimentos específico a faz diferir enormemente da análise em outras abordagens metodológicas, para as quais a escolha do tipo de análise a ser feita deve-se à “natureza” dos dados – se são dados provenientes de entrevistas semi-estruturadas ou questionários, por exemplo, opta-se por técnicas de análise quantitativa; já entrevistas abertas ou em grupo demandariam uma análise qualitativa (MASSÉ, 2009) ¹⁶. Nesses casos, a análise é tida como exterior aos dados produzidos pela pesquisa. Ela vem se adicionar posteriormente aos resultados, como uma etapa à parte em relação ao conjunto da investigação. Ao mesmo tempo, muitas abordagens metodológicas tendem a dividir a própria análise em etapas. Uma divisão que tem aceitação relativamente ampla é apresentada por Turcotte e colaboradores (2009), na qual se podem discriminar cinco etapas da análise: conhecimento do conjunto dos dados, organização dos dados segundo algum critério a ser escolhido pelo pesquisador (como seu conteúdo ou sua proveniência), categorização dos dados, identificação de fenômenos recorrentes ou padrões e, por fim, sua interpretação. Na cartografia, essa divisão em etapas

¹⁶ Agradeço a Ahmed Chebli pela referência.

simplesmente não faz sentido; a análise cartográfica se interessará mais pela maneira como sujeitos e objetos são produzidos ao longo do processo de pesquisa do que pela “natureza” dos dados ou pela sua interpretação. Ela está presente em todos os momentos da pesquisa, desde a maneira de convidar os participantes até as decisões quanto ao andamento da investigação e à forma de narrá-la. Ela produz, mais do que interpreta. A separação entre “análise” e “dados” pode gerar bastante confusão nesse contexto. Cada gesto comporta algo de analítico e pode gerar ou não conexões pertinentes à experiência singular da pesquisa. A identificação de padrões, por exemplo, pode não ter nada a ver com o problema pesquisado ou ser apenas um indício da inaptidão da pesquisa em produzir reflexão e diferenciação (no caso da GAM, os padrões não eram especialmente instrutivos). A análise depende, portanto, de uma conexão com os problemas que ela mesma ajuda a construir.

A análise em cartografia pode ser mais bem compreendida, enfim, como uma atitude (*ethos*) de pesquisa do que como um conjunto de procedimentos ou regras. Ela não busca delimitar causas ou discernir a “verdadeira” identidade de algo; ela, ao invés disso, questiona identidades, atribuindo-lhes (ou restituindo-lhes) a multiplicidade que se obscurecera na constituição de um “objeto”. Trata-se de uma atitude semelhante à descrita por Foucault (2003, p.339), em que se busca “reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força etc. que, em um dado momento, formaram o que, em seguida, funcionará como evidência, universalidade, necessidade”.

Essa era uma atitude muito útil para a GAM-BR, pois, para explorar a experiência com os medicamentos, foi preciso questionar a suposta evidência de que o tratamento em saúde mental é tanto mais eficaz quanto maior a adesão ao tratamento medicamentoso. Ao se investigar as conexões que produziram este “dado”, podia-se também abrir espaço a outras conexões possíveis – como sentir frustração. A frustração, por sua vez, não precisava ser vivida como um atributo psicológico individual (o que seria o caso, por exemplo, se a entendêssemos unicamente sob o signo de expectativas maternas irrealis ou como luto diante de uma impossibilidade de cura). A frustração circulava entre os familiares, usuários, trabalhadores e universitários segundo diferentes articulações, levando-nos a explorar a multiplicidade de sentidos e de conexões possíveis entre “tratamento”, “saúde mental” e “medicamentos”. Não estabelecíamos uma relação evidente de causa e efeito, de modo que o destino dessas conexões não era previsível. Para retomar Foucault (2003), era possível que cada um desses termos adquirisse o caráter de acontecimento, fazendo surgir singularidades.

No caso dos temas tratados no Guia GAM-BR, a desestabilização de evidências podia, a princípio, ser bastante perturbadora, mas era ao mesmo tempo um modo de reformular problemas que até então se apresentavam como insolúveis. Essa desestabilização começava pela própria proposta do Guia: ao se endereçar aos usuários, ele abala as fronteiras habituais entre racionalidade e irracionalidade. Esses termos não podiam mais ser entendidos de forma absoluta. O Guia amplia a sensibilidade às ambiguidades subjacentes às questões em saúde mental. Essa sensibilidade era, também, uma característica marcante do grupo de familiares, uma das marcas que o GIF imprimiu na GAM.

Os diversos e tortuosos caminhos que levam à constituição de uma evidência em saúde mental já foram explorados por vários pesquisadores. A construção de categorias diagnósticas (FRANCES, 2013; MARTIN, 2009), a delimitação de fronteiras entre a patologia e a normalidade (BELLAHSEN, 2014), as raízes diversas das práticas de tratamento (FOUCAULT, 1978), tudo isso já foi matéria para as mais diferentes pesquisas, que mostraram os paradoxos e ambiguidades subjacentes a cada uma dessas questões. No GIF, a prática de (re)traçar a emergência das definições e questionar as evidências não foi propriamente uma decisão prévia à pesquisa-intervenção: essa era uma atitude à qual os familiares já se mostravam em grande medida predispostos e foi uma de suas grandes contribuições à GAM-BR. Vivendo cotidianamente na fronteira entre os serviços e os usuários, entre o tratamento e os impasses e dificuldades do dia-a-dia, os familiares sabiam que as definições estanques e absolutas não funcionavam muito bem na prática. A experiência pessoal dos familiares tornava explícito o entrelaçamento de perspectivas; seus pontos de vista apontavam para um emaranhado de relações entre eles próprios, os usuários e os trabalhadores. Às vezes, os serviços de saúde mental lhes apontavam caminhos contraditórios. Ora eram vistos como parceiros do serviço, ora como seus usuários, às vezes como seus oponentes ou rivais. Outras vezes, no convívio com seus parentes, eles se viam levados a tornar bem elásticos os limites que separam um comportamento aceitável de um comportamento intoleravelmente estranho. Eles ajudavam - e também precisavam de ajuda. Os familiares tinham, enfim, a habilidade de transitar entre fronteiras e traduzir o que viam e sentiam aos trabalhadores, de um lado, e aos usuários, de outro. Eles realizavam um trabalho de intermediação e conexão. Apesar de todos os esforços em precisar identidades (esforços esses provenientes das mais diversas fontes), persistia para eles um grau de incerteza e imprecisão. Geralmente tidas como “desinformação” ou índice

de sofrimento, essa imprecisão, no entanto, era o que movia o trabalho de pesquisa no GIF. Graças a essa incerteza, o GIF tornou-se um espaço de reflexão inteligente e de fabricação de articulações.

Essas ambiguidades e contradições não eram atributos exclusivos deste grupo de familiares de São Pedro da Aldeia, do CAPS Casarão da Saúde, ou do grupo GAM-BR. Elas perpassam a sociedade de maneira muito mais vasta, atravessando as práticas de cuidado, de intervenção e de pesquisa. O trabalho etnográfico de um serviço de saúde mental norte-americano em meio aberto, realizado por Sue Estroff (1998), é especialmente relevante aqui, pois aborda um serviço parecido com o CAPS. Tal como o CAPS, o serviço que ela acompanhou ao final de década de 80 inspirou-se nos processos de desinstitucionalização, que buscam ampliar a autonomia dos usuários por meio de uma abordagem psicossocial. Os usuários frequentavam o serviço durante o dia, participavam de oficinas terapêuticas diversas e eram orientados em sua busca por moradia e emprego. O que Estroff demonstra, contudo, é que, apesar de algumas práticas úteis e de intenções louváveis, o serviço (e a sociedade de maneira mais ampla) realizava uma série de injunções paradoxais e de práticas contraditórias: ao mesmo tempo em que buscava tratar a “loucura”, colaborava para fabricá-la e corroborá-la.

É inevitável que existam ambiguidades. O problema é quando elas não se apresentam como tais - muitas vezes, elas permanecem implícitas e acabam reiterando determinadas identidades, como as do “louco” e do “excluído”. É o que acontece, por exemplo, no caso difícil e delicado dos benefícios sociais, discutido por Estroff, e que são tão importantes no contexto brasileiro: para se aceder ao direito de receber o benefício e, com isso, ampliar sua autonomia, é preciso comprovar sua própria dependência e incapacidade. Reitera-se a exclusão exatamente com o mesmo gesto que visa à inclusão.

Muitas armadilhas como essa estão no dia-a-dia de usuários, familiares, trabalhadores, pesquisadores. Não há um critério rígido que estabeleça uma diferença indiscutível entre comportamentos tidos como “loucos” e comportamentos vistos como deliberados, intencionais. Para ser admitido em um serviço de saúde mental e poder frequentá-lo, ora exigem-se sinais de irracionalidade e descontrole, ora demandam-se atitudes perfeitamente equilibradas e racionais¹⁷. Os usuários dos serviços e seus

¹⁷ Uma prática recorrente em serviços de saúde mental no Rio de Janeiro é a suspensão: suspende-se o usuário do serviço por alguns dias quando suas atitudes não condizem com as exigências de convívio e civilidade no ambiente de tratamento.

familiares vivem na pele essas contradições, que permeiam uma parte significativa de suas existências, e podem aprender a atuar de acordo com elas – e também a reiterá-las. “Ser louco” pode se tornar um meio de sobrevivência e uma carreira relativamente estável, um “papel” a ser desempenhado na sociedade, em um sentido bem próximo à carreira resultado do processo de institucionalização já denunciado por Goffman (1974)¹⁸. Estroff aponta que situações com essa, ao lado de muitas outras, contribuem para a perpetuação de uma “identidade louca”, a despeito da “abertura” dos serviços. A grande dificuldade está no fato de que, no dia-a-dia, essas contradições e ambiguidades são vividas de maneira automática – poucas são as ocasiões de *devir consciente*, para retomar a nomenclatura das metodologias de primeira pessoa. Nesse contexto, elas acabam sendo vividas como dificuldades individuais e, não raro, são interpretadas à luz da psicopatologia. No entanto, quando tais ambiguidades vêm à tona, torna-se mais fácil questionar essa interpretação e indagar se a irracionalidade está, de fato, apenas onde a supúnhamos de início.

Outro índice perturbador dos processos de fabricação de identidades pouco autônomas nos serviços abertos está justamente na sua relação com os medicamentos psiquiátricos. No Brasil, uma das razões para o início do Projeto GAM-BR foi a compreensão de que o uso de medicamentos ocupava um “ponto cego” da Reforma Psiquiátrica, em que as ambiguidades e contradições no uso de medicamentos parecia simplesmente desaparecer do debate. O uso excessivo e indiscriminado de medicamentos em detrimento de outras práticas terapêuticas foi para nós um sinal preocupante de que as ambiguidades vêm sendo ignoradas em prol da consolidação de uma evidência: a de que o tratamento medicamentoso teria primazia sobre outras formas de tratamento e seria a única condição para se evitar a prática da internação.

Contudo, a experiência dos familiares aponta para uma grande margem de incerteza e imprecisão nesta relação com os medicamentos. Ora eles ajudam, ora eles atrapalham, ora eles fazem as duas coisas ao mesmo tempo, ou não fazem nenhuma delas. Para os familiares, os medicamentos são simultaneamente uma fonte de

¹⁸ “Tradicionalmente o termo *carreira* tem sido reservado para os que esperam atingir os postos ascendentes de uma profissão respeitável. No entanto, o termo está sendo cada vez mais usado em sentido amplo, a fim de indicar qualquer trajetória percorrida por uma pessoa durante sua vida (...). Uma vantagem do conceito de *carreira* é sua ambivalência. Um lado está ligado a assuntos íntimos e preciosos, tais como, por exemplo, a imagem do eu e a segurança sentida; o outro lado se liga à posição oficial, relações jurídicas e um estilo de vida, e é parte de um complexo institucional acessível ao público. Portanto, o conceito de *carreira* permite que andemos do público para o íntimo, e vice-versa, entre o eu e sua sociedade significativa, sem precisar depender manifestamente de dados a respeito do que a pessoa diz que imagina ser.” (GOFFMAN, 1974, p. 111).

tranquilidade e de inquietação - eles impedem situações de violência, tanto as cometidas pelos usuários quanto as sofridas por eles (é como se eles diminuíssem as chances de que seus filhos sejam internados, violentamente contidos, etc.); por outro lado, muitas vezes eles transformam seus filhos em seres apáticos e irreconhecíveis. Eles parecem limitar de maneira drástica as possibilidades para o futuro, o que ocasionalmente é vivido como um preço alto demais a se pagar. Os medicamentos podem representar um alívio para os familiares, que não precisam ter medo do comportamento de seus parentes (eles não vão fazer coisas imprevisíveis, como sair de casa e só voltar dias depois, sem avisar); contudo, eles trazem outros temores em troca (“meu filho vai ter que tomar remédios para sempre?”). Não é incomum que, em determinados períodos, familiares (com o aval de trabalhadores) mediquem seus parentes sem que eles saibam. O clássico sintoma paranoico, de desconfiar que haja algo escondido na comida e temer estar sendo envenenado, ganha, aqui, outro sentido. O uso de medicamentos psiquiátricos está, enfim, longe de ser uma evidência e os familiares são especialmente sensíveis a estas múltiplas possibilidades do tratamento medicamentoso. De acordo com Estroff (1998, p. 175),

L'ensemble d'attitudes, de comportements et de conséquences liés aux médicaments contribue à de multiples niveaux à la constitution de la folie. Les clients semblent savoir que pour se maintenir à un niveau de fonctionnement relativement libre de symptômes psychotiques, les médicaments sont essentiels. Mais cette reconnaissance ne suffit pas à les mener hors du système de la folie. Les effets secondaires peuvent révéler votre identité et vos déficits aux autres. Ils vous mettent physiquement et mentalement mal à l'aise avec vous-même. Savoir et s'entendre dire que l'on a besoin de médicaments signifie que l'on est différent, sinon fou, et que l'on le sera toujours. Votre famille, le PACT [*programa de saúde mental em meio aberto*], les tribunaux, même les propriétaires et les directeurs d'ateliers protégés vous disent que les médicaments sont importants, vous disent que vous êtes différent¹⁹.

¹⁹ Os efeitos dos medicamentos são um tema de grande relevância no trabalho de Estroff (1998), que chegou a fazer uso de flufenazina durante seis semanas como parte de seu projeto etnográfico (a flufenazina é um antipsicótico hoje não tão empregado, mas amplamente utilizado à época no serviço que ela acompanhava). A partir de uma perspectiva de primeira pessoa, Estroff descreve alguns dos efeitos perturbadores do uso de medicamentos psiquiátricos. Ela incluiu em seu trabalho um diário no qual ela reporta como suas vivências com o medicamento afetavam seu dia-a-dia, descrevendo sensações tais como tremores, problemas com seu sono, sentimentos de inadequação, necessidade de estar

A diferença criada pelo uso de medicamentos psiquiátricos tem uma conotação fortemente pejorativa ainda hoje em dia, apesar de eles estarem relativamente disseminados na sociedade. Cabe ressaltar, contudo, que, no Brasil, essa conotação negativa está associada preferencialmente a determinados tipos de medicamentos e a determinadas classes sociais (o uso de ansiolíticos entre as classes mais altas tende a ser mais bem tolerado do que o uso de antipsicóticos entre classes mais pobres, por exemplo). Mesmo assim, os medicamentos tendem a apontar para uma identidade social desvalorizada e são o signo de que outras diferenças (de entendimentos, desejos, projetos) não são suficientemente importantes para serem levadas em consideração. Trata-se de uma só diferença que anula todas as outras. Mesmo tendo sido realizado há quase três décadas, esse trabalho etnográfico ainda tem pertinência atualmente, como indica, inclusive, a própria autora em uma revisão mais recente de seu trabalho (ESTROFF, 2003, p.495):

The tensions between the requirements of community and the rights and desires of individuals, however different they may appear and behave, and however discomforting their presence may be, are even more taut now than then. (...) Clinical researchers search persistently for the next best drug for primary symptoms, while c/ s/ x [consumer/ survivor/ ex- patients] complain much more bitterly about the injuries of treatment than of illness, of humiliation and loss of self, and of poverty and poverty of opportunity than auditory or visual hallucinations.

As experiências relatadas em primeira pessoa pelos familiares expunham uma rede emaranhada de elementos que ultrapassam (e compõem) a história individual, “psicológica”, de alguém. Ao nos aproximarmos dessas experiências, as vemos inextricavelmente ligadas a contextos mais amplos. Tal como Latour (2012) apontava, as “interioridades” são compostas de muitos elementos que usualmente não consideramos como interiores. Não há como separar as experiências subjetivas de usuários e familiares da organização dos serviços de saúde, da rede de serviços públicos disponíveis ou, até mesmo, do funcionamento dos mercados, como aponta a

constantemente se movendo por não conseguir se sentir confortável – e, também, medo de estar enlouquecendo.

antropóloga Emily Martin²⁰ (2009). Ela mapeou as contradições culturais que marcam o diagnóstico de bipolaridade²¹ nos Estados Unidos e sua ligação com o funcionamento dos mercados na atualidade. A atual especulação nos mercados é, em grande medida, como uma montanha-russa de emoções: ora os mercados estão em alta e as expectativas, elevadas, ora o pessimismo toma conta e os valores das ações despencam. As emoções acompanham os mercados e vice-versa. Nesse contexto, as pessoas são incitadas a viverem suas emoções intensamente e a estarem constantemente mudando e se adaptando. Também é esse o apelo da publicidade, que oferece a promessa de emoções intensas e experiências impactantes (em contraste com escolhas tidas como racionais e de “pouco risco”). A organização da economia hoje, enfim, é análoga à descrição de uma condição maníaco-depressiva. Em algumas áreas de atuação, inclusive, o diagnóstico de bipolaridade é quase desejável (como no mercado financeiro, em que as pessoas mais produtivas são aquelas que “nunca dormem” e estão sempre dispostas a correrem riscos, ou, ainda, como na carreira artística, em que o diagnóstico de bipolaridade está associado a uma dose elevada de criatividade). As empresas estimulam comportamentos maníacos em seus funcionários (da mesma maneira que apostam na labilidade e na sugestibilidade emocional de seus clientes): “The similarities between manic individuals and markets explains why corporations could think of deliberately cultivating manic states in their employees”. (MARTIN, 2009, p.239).

No contexto do neoliberalismo, as pessoas são instadas a serem criativas e produtivas, sem, no entanto, contarem com os suportes que tinham no início do século XX. Os valores que se associavam a uma “personalidade modelo” eram, então, o da estabilidade, do controle sobre as próprias emoções e da autodisciplina – valores que, atualmente, já não estão em conformidade com o que se espera de alguém bem-sucedido:

What competent and successful persons are expected to do has changed over time. These changing expectations might even stretch to include the emotions: could the value of emotional coolness characteristic of the early

²⁰ Emily Martin vivencia, ela própria, a condição maníaco-depressiva, tendo recebido o diagnóstico de transtorno bipolar do humor e tendo feito uso de medicamentos psicotrópicos - situação que ela anuncia no prefácio de seu livro “Bipolar Expeditions”: “My own condition might provide a route for me to study aspects of mental illness that could not witnessed in any other way” (MARTIN, 2009, p.xvi)

²¹ Ao longo de seu trabalho, a autora prefere usar a denominação “maníaco-depressivo” em lugar do termo atualmente em voga “bipolar”, deixando em aberto se essa condição deve ser compreendida apenas como uma doença ou se é possível compreendê-la também como um estilo psicológico.

twentieth century be giving way, under conditions of greatly increased capitalism competition, to focus on emotional *lability*? (MARTIN, 2009, p. 43)

A “bipolaridade” está, assim, longe de ser um objeto independente de experiências produzidas coletivamente. Ora ela é uma experiência desejável e coletivamente incitada, ora é tida (também coletivamente) como um transtorno individual a ser “corrigido”. Ela está na encruzilhada de contradições e valores díspares. Como Martin (2009) também demonstra, o momento de proferir um diagnóstico envolve muitos outros fatores além de uma mera checagem de sintomas – condição socioeconômica, grau de escolaridade, raça são fatores que contam em uma tensa (ainda que implícita) negociação entre poderes e perspectivas múltiplas. Um comportamento que, em determinado contexto, é visto como uma reação normal ao estresse pode, em um contexto diverso, ser tido como um sintoma. Em alguns casos, mais do que em outros²², as pessoas estão predispostas a deixar de lado as dúvidas e incertezas que pairam sob um diagnóstico e sob seus possíveis impactos na vida de alguém. São diversos e complexos os fatores que levam um “caso” a ser mais evidente que outro - entendendo, aqui, que a evidência é inversamente proporcional à legitimação de experiências dissonantes.

São nessas redes intrincadas que as experiências em primeira pessoa têm lugar. Quando as isolamos de seus contextos, elas surgem como um dado ou uma evidência, mas ao contemplarmos também suas ambiguidades e multiplicidades, reencontramos um plano coletivo. As evidências perdem sua força e demandam análise. No lugar das evidências, surgem experiências singulares e conexões imprevistas. A análise na GAM era, assim, um instrumento para evitar o isolamento de perspectivas e a simplificação excessiva das questões que abordávamos. Reencontrar a dimensão coletiva das experiências é, também, um modo de tornar menos automáticas as presumidas relações de causa e efeito: é uma forma de exercer nossa aptidão para descumprir profecias.

Nesse sentido, o trabalho no GIF era já analítico desde o seu início: ler o Guia com os familiares conectava de imediato suas experiências com as de usuários (a quem

²² Cf. os casos discutidos por E. Martin no capítulo 4 (“*I now pronounce you manic-depressive*”); são oito sessões clínicas em um Hospital Escola norte-americano, que contam com a presença de psiquiatras, estudantes e, no início da sessão, as pessoas (“casos”) a serem debatidos. A depender do contexto sociocultural tanto dos “diagnosticados” quanto dos “diagnosticadores”, havia maior ou menor consenso nos debates. Falas e comportamentos semelhantes eram interpretados de maneiras completamente diferentes e as pessoas a que tais comportamentos se reportavam estavam mais ou menos submissas à autoridade alheia.

o Guia se dirigia) e universitários (interessados em validar o instrumento)²³. Quando apresentamos a proposta de pesquisa-intervenção e pedimos a ajuda do grupo para validar o Guia, os familiares se surpreenderam com o fato de que eles podiam ajudar e que sua experiência prática podia ser encarada como um saber legítimo e interessante para outrem. Ao mesmo tempo, foi uma surpresa ver que o Guia interessava-se pela experiência dos usuários e dirigia-se a eles de uma forma bem pouco usual: também os seus parentes detinham saberes e habilidades que eles desconheciam. A análise tinha, assim, uma força de contágio: o interesse pela própria experiência ampliava-se para abarcar um interesse renovado pelas experiências de seus parentes, que podiam a partir de então ser encaradas segundo uma nova perspectiva.

No dia 21/08/12²⁴ Marli e Edméia nos ofereceram uma bela formulação a esse respeito. Nessa época, trabalhávamos as páginas 62 e 63 do Guia, que tratam dos efeitos terapêuticos e indesejáveis dos medicamentos. Algumas pessoas do grupo trouxeram bulas para que as examinássemos juntos. Nesse dia, durante a discussão, Marli disse achar que os usuários têm uma espécie de “sotaque”; Edméia concordou e sugeriu, também, a denominação de “estilo”. As ideias de “sotaque” e de “estilo” são um indicador muito interessante de como as experiências pessoais podem ser vistas a um só tempo em sua singularidade e em sua comunidade com outras experiências. Mesmo sabendo que, socialmente, o estilo dos usuários é desprivilegiado e que aqueles que não se diferenciam pelo seu “sotaque” são mais bem-vistos, o “sotaque” e o “estilo” remetem a experiências que não portam, em si mesmas, uma conotação negativa. Elas podem até ter diferentes apreciações em uma determinada época ou sociedade, mas elas comportam diferenças que não se deixam limitar pelas ideias de deficiência ou de perda. Ao contrário, elas são elaborações e acréscimos em torno de experiências que, fundamentalmente, se comunicam com outras e se singularizam frente a um contexto mais amplo. O “sotaque” e o “estilo”, enfim, remetem ao mesmo tempo para a singularidade das experiências e para sua fabricação coletiva, isto é, para a rede em que se inserem. Martin (2009) também emprega o termo “estilo”, indicando que a condição maníaco-depressiva pode ser compreendida a partir dessa ideia. Ela aponta que, nas artes, o estilo refere-se tanto às variações individuais de um determinado artista em

²³ A perspectiva dos trabalhadores também estava imediatamente colocada, pois era a respeito do tratamento em saúde mental que falávamos em grande parte do tempo. No entanto, pelas circunstâncias dessa pesquisa-intervenção relatadas anteriormente, nem sempre contávamos com os trabalhadores no GIF, o que tornava mais difícil o trabalho de análise nesse caso.

²⁴ Diário de campo

particular quanto a uma escola ou tradição (como o barroco, por exemplo). Entre os estudiosos da arte, não é fácil separar os dois termos, o indivíduo e sua tradição, nem determinar se o estilo é algo consciente ou inconsciente. Extrapolando a experiência artística, a ideia de estilo pode servir para compreender muitas outras experiências – em linguística, por exemplo, Jakobson (apud Martin, 2009) aborda as afasias como estilo, compreendendo-as como uma variação funcional e idiossincrásica que compensa o que, à primeira vista, seria uma perda²⁵. Fazendo eco às análises de Marli e Edméia, é possível dizer que

In sum, style contains both separation and incorporation, both enduring uniformity and individual variation, both conscious and unconscious thought. It is both patterned aesthetically and it escapes our efforts to describe its patterns fully. (MARTIN, 2009, p.82)

A análise criava as condições para que, partindo-se da evidência de um mundo dado, encontrássemos estilos. Podíamos compreender os gestos cotidianos de cuidado dos familiares como saberes singulares, fabricando e compartilhando novas estratégias e habilidades no convívio com os usuários e os serviços de saúde. A singularidade de suas experiências, contudo, não as tornava menos coletivas. Frequentemente, elas apontavam para as contradições e ambiguidades dos serviços a que recorriam ou das situações em que se viam imersos. No Brasil e especialmente em São Pedro da Aldeia, os serviços públicos sofrem com a escassez de financiamento, a falta de trabalhadores e o excesso de demanda. Essa situação equivale ao que Estroff (1998, p. 176) designou como “un cercle vicieux qui est dépourvue de sens (fou) dans ses indications contradictoires”. As enormes dificuldades para conseguir marcar uma consulta de saúde, conseguir assistência jurídica, sustentar a família e ver garantidos seus direitos básicos faziam com que familiares e usuários se vissem em meio a situações bastante complexas; eram, por exemplo, constantemente instruídos quanto à importância do tratamento medicamentoso, mas, por vezes, os remédios não estavam disponíveis no CAPS. Ou ainda, ao lerem o Guia, consideravam importante terem acesso a outras formas de tratamento, mas descobriam que eles não estavam disponíveis no Município. Também os trabalhadores viam-se perdidos nesse labirinto, instados a prestarem um atendimento integral e múltiplo aos usuários sem, no entanto, receberem as condições para realizá-lo

²⁵ A partir da obra de Deleuze e seus apontamentos sobre o estilo, Silvia Tedesco (2001) também aproximou as noções de estilo na linguagem e na subjetividade, abordando os procedimentos estilísticos na criação de si e de mundo.

de fato. Tais contradições eram parte integrante das experiências em jogo na pesquisa-intervenção e eram, portanto, pertinentes à análise. Nesses casos, encontrar novas conexões entre as experiências era a condição para fabricar estratégias coletivas para lidar com as dificuldades. Curiosamente, algumas dessas dificuldades nos colocavam em posição privilegiada para a reflexão e a experimentação: o desabastecimento no CAPS, por exemplo, nos permitia questionar, em pleno acontecimento, o uso dos medicamentos e o seu papel no tratamento²⁶. Embora legitimamente vivida como uma dificuldade, essa situação abre espaço à flexibilidade e a estratégias criativas no que concerne ao uso de medicamentos.

A análise, enfim, interessava-se pelas ambiguidades e cultivava a multiplicidade de versões e sentidos possíveis das experiências em pesquisa, conectando-as umas às outras. Essa forma de conceber a análise está, provavelmente, na contramão da maior parte das práticas de ensino e pesquisa atualmente em voga na saúde mental, sobretudo quando elas estão orientadas pelo modelo biomédico. Como destaca Martin (2009), o material utilizado na formação dos estudantes de psiquiatria procura ensiná-los a identificar, com clareza e sem ambiguidade, os sintomas peculiares a cada uma das categorias diagnósticas:

This is an important aspect of the quality of scientific rationality, which assumes students need to learn, as a solid foundation, the current state of knowledge. To this end, multiple meanings and ambiguous interpretations are excised as much as possible (MARTIN, 2009, p.63)

As ambiguidades, contudo, persistem. Elas são parte das experiências que vivemos e elas podem ser a oportunidade para a construção de um conhecimento mais inovador e menos excludente. Uma prática médica que tem se tornado cada vez mais presente também em psiquiatria é a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE) - ou, no original, Evidence Based-Medicine, abordagem canadense surgida nos anos 90. Trata-se de um “emprego consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência disponível na tomada de decisões sobre os cuidados de saúde de um paciente” (GUIMARÃES, 2009, p.369). A princípio projetada para levar em conta as especificidades de cada paciente e as singularidades de cada caso clínico, a MBE, ao se expandir, tem se afastado desse projeto inicial. Para a produção e consolidação de uma

²⁶ Agradeço a Dr. Jean-Marie Lemaire por me apontar essa conexão (aparentemente contraditória) entre a precariedade e a posição privilegiada para a pesquisa e experimentação da GAM em São Pedro da Aldeia.

evidência, a MBE tem optado por uma standardização das práticas médicas, colocando em risco a relação, concreta e única, entre o cuidador e aquele que é cuidado (AZRIA, 2012)²⁷. Como indica Azria, a MBE tornou-se uma das estratégias prioritárias na racionalização do cuidado, privilegiando, para isso, os métodos tidos como capazes de gerar dados confiáveis: os estudos randomizados, duplo cego e contra-placebo. O conhecimento é hierarquizado (estabelecendo-se escalas de níveis de prova), de modo a favorecer a generalização e o estabelecimento de um conhecimento comum por meio de protocolos. Ou seja, estabelece-se uma comunidade de forma heterônoma, segundo as normas de um coletivo-social (EIRADO *et al*, 2006). Ainda segundo Azria, a busca pela eficiência tornou-se o sinônimo de uma gestão segura dos riscos, na qual se tende a negar a incerteza intrínseca a todo conhecimento produzido.

A análise que púnhamos em prática no GIF e na GAM não assumia evidências como dados, nem buscava constituí-las ao fim da pesquisa para alcançar um consenso; ela fabricava associações entre temas múltiplos, perspectivas distintas, interpretações polissêmicas²⁸. Eram essas associações díspares que fabricavam o grupo. Retomando o trabalho de Bouquiaux e Despret (2014) sobre a psicologia de inspiração leibniziana, tratava-se de fabricar dobras – isto é, pôr em contato pontos aparentemente distantes, mas necessários uns aos outros e que, graças a uma dobra, podiam finalmente apresentar-se lado a lado. Trata-se de uma valiosa pista metodológica, para a qual Michaux (2011, p. 65) oferece uma formulação precisa:

Tout ou presque tout est composé, composant, et donc recomposable. Chemins à trouver. Stimulations conjuguées de manière à créer un système de circulation des idées, des sentiments. Au lieu de psychologues qui établissent des tests, des psychologues chimistes qui établiront des parcours.

Tratava-se de traçar conexões e composições *inter* e *intra* experiências, que, no GIF, supunham idas e vindas entre perspectivas díspares. Afastávamo-nos de automatismos, estranhando o que nos era familiar; ao mesmo tempo, aproximávamo-

²⁷ Agradeço a Thibault de Meyer pela indicação desta referência.

²⁸ Kim Hendrickx (2013; 2014) constrói um argumento semelhante em favor da diversidade e da controvérsia em sua reflexão sobre o estatuto legal dos “alimentos funcionais” na Europa. Há uma disputa (jurídica, política, científica, econômica) em torno da regulação destes produtos (eles devem ser geridos como alimentos ou como medicamentos?). Nesse caso, a MBE rivaliza com outros quadros avaliativos na tentativa de estabelecer as “evidências” que seriam mais apropriadas, o que deixa claro que a natureza das “evidências” e o seu processo de estabelecimento envolvem muitos outros aspectos além dos tidos como “puramente científicos”.

nos de experiências estrangeiras, que até então podiam ser bastante assustadoras, e familiarizávamo-nos com o que parecia absolutamente estranho. Os sentidos tornavam-se mais ambíguos e as possibilidades de associação, mais diversas. A análise, enfim, não se realizava sem distanciamento, mas também não realizava sem aproximação. A produção de conhecimento provinha desses constantes deslocamentos e a análise era, ao mesmo tempo, um instrumento de transformação e o acompanhamento dos efeitos dessa intervenção.

3. Análise e intervenção

A noção de conhecimento de que tratamos no capítulo anterior indica, por si só, a artificialidade (muitas vezes mal compreendida) da separação entre conhecer e intervir. Se todo conhecer é um fazer, a noção de intervenção não está muito longe da de conhecimento. Contudo, a natureza da intervenção realizada por uma pesquisa e o tipo de transformação (ou de conformação) produzida abre um novo campo de debate. As pesquisas comprometem-se com os efeitos éticos e políticos de suas práticas, o que as aproxima de outras abordagens de intervenção que não necessariamente reivindicam para si o estatuto de “produtoras de conhecimento” (ainda que elas o sejam). A GAM-BR é uma forma híbrida: ao mesmo tempo em que está vinculada à produção de conhecimento, ela procura, deliberadamente, transformar um estado de coisas. Essa configuração faz com que, no Brasil, ela se constitua como uma pesquisa-intervenção.

A palavra “intervenção” é bastante carregada semanticamente. Ela pode significar coisas muito diferentes, alterando significativamente a compreensão que podemos ter da “análise”. A depender do que entendemos por intervenção, podemos nos perguntar se a análise se segue à intervenção (como uma espécie de avaliação *a posteriori* do trabalho), ou, então, se ela a antecede, fornecendo as bases para a ação que se seguirá (como uma espécie de diagnóstico da situação); ou, ainda, se ela é a própria intervenção, uma maneira de transformar um estado de coisas e agir sobre a realidade. Para compreender o que é a análise no caso da GAM-BR, é importante refletir sobre o que é intervir e, mais especificamente, o que significa intervir no contexto de uma pesquisa-intervenção.

Em termos bem gerais, para a psicologia, assim como para outros domínios (como a arte, a política, a gestão de empresas), uma intervenção é uma tentativa deliberada de transformação. A clínica, nesse sentido, é “interventiva”. As variadas correntes e teorias psicológicas se situam diferentemente quanto ao grau de arbitrariedade dessa intervenção e ao papel que o terapeuta desempenha no processo de transformação. Se na política o termo “intervenção” remete a uma suspensão do estado normal (o que frequentemente significa uma perda de autonomia dos cidadãos e uma supressão dos seus direitos), a intervenção ganha na clínica sentidos mais equívocos. Uma intervenção psicológica pode ser tanto em favor da autonomia quanto pode procurar deixá-la momentaneamente em suspenso, com a pretensão de resolver uma

situação de urgência; ela pode corresponder a um objetivo preciso ou pode não ter qualquer meta pré-estabelecida.

Difícilmente seria possível fazer um inventário exaustivo das noções de “análise” que acompanham as diferentes abordagens de intervenção clínica. As práticas terapêuticas as mais diversas apoiam-se em ideias distintas de “análise” para descrever o que fazem, referindo-se sobretudo à psicanálise, seja por afinidade, seja para marcar sua diferença em relação a ela. Freud estabelece algumas vezes a analogia com a análise química para descrever a forma da intervenção psicanalítica: decompor ou separar uma forma molar (o sintoma) em seus elementos, liberando-os para formar uma nova síntese (FREUD, 2006a, p. 173):

Por que ‘análise’ - que significa dividir ou separar, e sugere uma analogia com o trabalho levado a efeito pelos químicos, com substâncias que encontram na natureza e trazem para os seus laboratórios? Porque, em um importante aspecto, existe realmente uma analogia entre os dois trabalhos. Os sintomas e as manifestações patológicas do paciente, como todas as suas atividades mentais, são de natureza altamente complexa; os elementos desse composto são, no fundo, motivos, impulsos instintuais. O paciente, contudo, nada sabe a respeito desses motivos elementares, ou não os conhece com intimidade suficiente. Ensinamo-lo a compreender a maneira pela qual essas formações mentais altamente complicadas são compostas; remetemos os sintomas aos impulsos instintuais que os motivaram; assinalamos ao paciente esses motivos instintuais, que estão presentes em seus sintomas, e dos quais até então não tinha consciência - como o químico que isola a substância fundamental, o ‘elemento’ químico, do sal em que ele se combinara com outros elementos e no qual era irreconhecível.

Para Freud, o limite dessa comparação com a análise química estaria no fato de que o aparelho psíquico tende a sínteses: os elementos nunca permanecem isolados por muito tempo. Nesse sentido, segundo ele, o analista nada deve acrescentar ao material trazido pelo analisando; o analista tão somente “decomporia” os sintomas, sem intervir na síntese que então se realizará¹. A intervenção terapêutica aqui é tão somente

¹ Cf. Kupermann (2010, p.34) “(...) o psicanalista, por meio da interpretação, decompõe o sintoma (...) em seus representantes pulsionais recalçados, liberando a libido para novas configurações (...). E, assim como as composições químicas atendem às forças que regem a atração molecular, haveria no psiquismo uma tendência a promover novas ligações, uma verdadeira ‘compulsão para a unificação e a combinação’ –

analítica, ou seja, não é sugestiva e não correria o risco de prejudicar a autonomia do analisando. É a decomposição analítica que, presumidamente, permite encontrar causas, traçando a etiologia dos sintomas.

É flagrante o contraste com a estratégia cartográfica de que tratamos anteriormente, sobretudo se levarmos em consideração o fato de que Freud procurava, com essa analogia, consolidar não só uma técnica terapêutica, mas também um projeto de conhecimento. De acordo com Stengers (1992), essa analogia com a química marca a tentativa de se estabelecer a psicanálise como uma ciência, pois ela indica uma estratégia de controle da cena analítica, construída à semelhança de um laboratório. A cena analítica permitiria colocar lado a lado os processos de purificação e de elucidação, afastando a psicanálise das técnicas sugestivas (técnicas em que, presumidamente, a intervenção estaria excessivamente centrada na figura do próprio terapeuta). O sucesso dessa empreitada é bastante discutível, como aponta Stengers: dificilmente poder-se-ia mensurar o grau de sugestão implícito na transferência analítica. Foge ao escopo desse trabalho aprofundar tal debate; cabe apenas ressaltar que, desde Freud, a noção de análise esteve sempre fortemente ligada às práticas terapêuticas e à preocupação com a natureza da “intervenção” do terapeuta ou do analista nesse processo. O sentido da “análise” em muitos estudos psicanalíticos sugere que a elucidação ou a produção de conhecimento estaria ao lado da purificação e do mínimo possível de intervenção por parte do analista, que cuidaria de afastar a sugestão da cena analítica. Na cartografia, a elucidação está, ao contrário, ao lado de um ganho em complexidade e de uma progressiva “contaminação” da situação de pesquisa, na qual o pesquisador ativamente toma parte.

Em relação à intervenção psicológica propriamente dita, a noção de análise foi, a partir de Freud, incorporada e transformada por variadas intervenções terapêuticas tais como, por exemplo, a *daseinanalyse*, psicoterapia baseada no pensamento de M. Heidegger (MATTAR; SÁ, 2008). Diferentemente de Freud, que buscaria reconduzir os sintomas às suas origens, a análise estaria, nesse caso, próxima da “analítica”

atribuída a essa ‘grande unidade a que chamamos ego’ – que ocorre ‘automática e inevitavelmente’ **sem que, para isso, o psicanalista tenha que intervir.**” (grifo nosso). Ao longo do artigo, Kupermann põe em questão a tese de que a psicanálise de fato assume completamente esse sentido de “análise química”. De acordo com o autor, a definição da análise como separação ou quebra não se sustentaria ao longo da própria obra freudiana, na qual haveria indícios de que a elaboração sensível é tão importante quanto à análise. Ele se apoia no trabalho de Ferenczi e sua “técnica ativa” para argumentar que a clínica psicanalítica não pode ser definida por uma oposição simplista entre análise, de um lado, e sugestão, de outro.

heideggeriana, que se volta ao horizonte de surgimento dos fenômenos e às suas condições de manifestação ontológicas. A análise, aqui, supõe tecer e destecer tramas complexas, em um trabalho em que o terapeuta está ao lado do analisando como um participante efetivo do processo terapêutico, sem, contudo, guiar-se por quaisquer aspectos voluntaristas.

A despeito de suas diferenças, tanto a psicanálise quanto a *daseinanalyse* definem a análise que praticam em contraposição à psicologia funcionalista, isto é, às estratégias de intervenção que visam à adaptação de comportamentos, caso em que a intervenção é mais francamente voluntarista e definida por metas pré-estabelecidas. No quadro mais geral das intervenções terapêuticas, a análise se situaria, assim, ao lado da abertura e do questionamento das normas sociais que surgem como dadas, em contraposição às intervenções que visam à correção e ao controle de comportamentos.

Embora não exaustiva, essa discussão relativa aos sentidos da intervenção clínica e ao papel da análise toca em questões importantes para a GAM: o tratamento medicamentoso é, atualmente, um dos primeiros tipos de intervenção a que recorrem as equipes de saúde mental. Raramente negociada com os usuários, a prescrição de psicotrópicos é, na maioria dos casos, uma intervenção unilateral. Nesse contexto, a análise da situação problemática e a decisão quanto ao que fazer cabem a quem prescreve os medicamentos, não a quem faz uso deles.

É aí que entra em cena outra face da noção de intervenção: aquela voltada à transformação social de práticas coletivas. A GAM, desde sua origem canadense, é uma abordagem de intervenção (e de produção de conhecimento) que visa a transformar a relação entre saúde mental e o uso de medicamentos psicotrópicos. Nesse sentido, ela se situa prioritariamente no campo das intervenções sociais que procuram de maneira deliberada provocar uma mudança no quadro de forças e nas relações de poder em uma dada situação. A GAM tem como objetivo alterar o lugar central ocupado pela medicação na vida das pessoas (RODRIGUEZ; POIREL, 2007). Essa intervenção não foi motivada por estudos de especialistas nem por decisões unilaterais de trabalhadores ou pesquisadores universitários: ela partiu de uma situação vivida cotidianamente e teve os usuários dos medicamentos como seus protagonistas. A intervenção, nesse caso, é simultaneamente uma ferramenta de estímulo à autonomia e um modo de exercer e expressar essa mesma autonomia.

No Brasil, a GAM se desenvolveu a partir de uma aliança com centros universitários (ONOCKO CAMPOS; PASSOS; LEAL; TÓFOLI; SERPA, 2009). Foi

uma experiência bem diferente da canadense, em que a produção de conhecimentos foi realizada diretamente pelos movimentos sociais e só chegou à universidade em um segundo momento. Já a GAM-BR constituiu-se, de saída, como um híbrido de pesquisa universitária e intervenção, inserindo-se na tradição acadêmica minoritária das “pesquisas-intervenção”, parte do cenário acadêmico brasileiro não só na psicologia, mas também em outras disciplinas.

As raízes da pesquisa-intervenção remontam à prática da pesquisa-ação criada por Kurt Lewin nos Estados Unidos na década de 1930. Segundo Barros (1994, p. 304), “Visava Lewin, em suas pesquisas, ao alívio das preocupações das pessoas em situação problemática mas, simultaneamente, ao desenvolvimento das ciências sociais”. Na pesquisa-ação, reconhece-se o fato de que o pesquisador altera o objeto pesquisado, de tal modo que o pesquisador busca, propositadamente, promover essa alteração em prol da resolução de problemas sociais. De certa forma, a pesquisa-ação promove a figura de um pesquisador “engajado”, embora esse engajamento nem sempre represente uma aliança com os movimentos populares: a pesquisa-ação desenvolveu-se, em grande medida, para “corrigir” os problemas em uma abordagem socioterapêutica adaptativa. Contudo, estavam lançadas as bases de uma preocupação com a utilidade, a responsabilidade e a relevância social das pesquisas.

Ainda de acordo com Barros (1994), na década de 1960 diferentes influências, tais como a da própria psicanálise e de movimentos políticos críticos da centralização partidária, conduziram a outro tipo de relação entre teoria e prática, no qual a ação já não é mais unidirecional (do pesquisador em direção ao objeto, ou do conhecimento abstrato em direção à realidade concreta): reconhece-se que o pesquisador e os problemas a serem enfrentados também se transformam no processo de pesquisa. Era o início da pesquisa-intervenção. As indicações de Rocha e Aguiar (2003) sugerem que, na América Latina, as pesquisas-ação sempre tiveram características próprias, que a aproximavam da pesquisa-intervenção: elas desempenhavam um papel crítico, sobretudo nas décadas de 60 e 70, em que se contrapunham aos regimes autoritários e voltavam-se a práticas autogestionárias e de educação popular, com ênfase na participação coletiva. Com essas práticas, constituiu-se uma tradição de pesquisas no Brasil, minoritária, na qual se buscava fortalecer determinados movimentos sociais. As pesquisas-intervenção são, portanto, um caso particular das pesquisas participativas.

A pesquisa-intervenção no Brasil recebeu, ainda, uma forte influência da Análise Institucional francesa que, segundo Barros (1994, p. 307), podia ser caracterizada como

uma “pesquisa-intervenção que visava a interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições”. A Análise Institucional é uma das importantes raízes das pesquisas-intervenção brasileiras e une de maneira radical os termos “intervenção” e “análise”; merece, por isso, um comentário mais extenso.

A Análise Institucional tem como seus principais expoentes os franceses Georges Lapassade (1924-2008) e René Lourau (1933-2000). Um marco importante para a Análise Institucional no Brasil foi, como indicam Rossi e Passos (2014), a visita de Georges Lapassade ao setor de psicologia social da UFMG em 1972. As noções de intervenção e de análise ganham um sentido muito peculiar na Análise Institucional: o alvo da intervenção são as instituições e a análise não está centrada na figura do analista. Embora o analista participe ativamente da intervenção, isto é, embora ele não assuma uma posição neutra ou distanciada, ele não é diretamente o operador da análise.

Inicialmente, é preciso compreender o que é uma instituição. A princípio, este conceito fazia referência às organizações propriamente ditas – a escola, a fábrica, o hospital. Estavam em análise as relações de poder, as hierarquias, as tensões e conflitos não explícitos que permeavam essas organizações e consolidavam os seus modos de funcionar e os seus problemas (ou sintomas). Mais tarde, principalmente a partir do trabalho de René Lourau, o conceito de instituição se ampliou e passou a designar não as organizações propriamente ditas, mas as relações históricas e políticas que permeiam uma determinada coletividade e a fazem ser o que é. As instituições não estão restritas aos muros de uma determinada organização. Trata-se de uma dimensão implícita, frequentemente assumida como um dado, naturalizada e, por isso mesmo, tornada invisível aos olhos de quem é atravessado por ela. Nesse sentido, a família é uma instituição; a lógica manicomial também o é, independente do lugar onde ela opere (se numa organização manicomial de fato ou em uma organização aberta como um CAPS, por exemplo). De acordo com Paulon (2005, p. 23), a instituição pode ser definida como “uma dimensão oculta e inconsciente que atravessa os níveis dos grupos e organizações (‘o inconsciente político’), recuperando, com isto, seu caráter histórico-político”.

A análise praticada pela Análise Institucional está diretamente ligada a essa definição de instituição. Embora ela também se interesse por uma dimensão inconsciente, tal como na psicanálise, essa dimensão não remete, aqui, a individualidades (nem do analista, nem de analisandos). Nas palavras de Lourau (2007, p. 29),

O nosso modelo de análise de grupo se funda na compreensão de alguma coisa que é invisível e terrivelmente presente no grupo, como um espectro; isto é, a instituição. Nosso método de intervenção consiste em criar um dispositivo de análise social coletiva.

A análise (coletiva, é importante ressaltar) faz aparecer, portanto, as instituições invisíveis que fazem com que uma coletividade funcione de uma determinada maneira. Ao explicitá-las, a análise promove uma transformação: essas instituições perdem seu caráter natural e surgem como algo construído coletivamente (e, portanto, como algo passível de uma transformação igualmente coletiva)². A Análise Institucional afirma que a manutenção da invisibilidade das instituições é um incentivo à heterogestão, pois se desconhecemos as forças históricas e políticas que movem nossas ações, estamos fadados a reproduzir os imperativos institucionais.

Tendo como alvo uma dimensão invisível e coletiva, a análise não é uma habilidade sob o domínio exclusivo do analista. Também ele está atravessado por diversas instituições (donde advém, inclusive, a extrema importância da análise de implicação³ para a Análise Institucional). No caso de uma pesquisa-intervenção ligada à universidade, por exemplo, a própria pesquisa é uma dessas instituições. Portanto, a análise não é uma intervenção premeditada pelo analista, que planejaria e regularia a transformação segundo seus conhecimentos ou suas reflexões esclarecidas. Há uma dimensão inconsciente (institucional) que afasta a Análise Institucional do voluntarismo adaptativo da pesquisa-ação. Não se busca empreender uma ação diretamente sobre um determinado aspecto visível ou consciente de um problema que se queira corrigir; ao contrário, como indica Lourau (1973, p.26), interessa interrogar o que está à sombra: “Ce qu'elle [a análise institucional] vise à découvrir, au contraire, c'est le négatif non intégré, non ‘récupéré’, non dépassé, par l'intermédiaire des analyseurs qui provoquent l'impensé de la structure sociale à se manifester.”

O conceito de “analisador” a que Lourau se refere nessa passagem é de fundamental importância para a Análise Institucional e, conseqüentemente, para as

² A perda do caráter natural de uma instituição apresenta uma analogia com o que, no capítulo anterior, vimos Varela (1995) designar como *breakdown* no âmbito dos estudos da cognição.

³ Como mencionamos no capítulo anterior, a análise de implicação aponta para a participação ativa do pesquisador naquilo que ele pretende pesquisar. Toda análise abrange as instituições que atravessam o analista. Paulon (2005, p. 23) reproduz as palavras de Lourau: “Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que *eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar*; fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc.” Desse modo, a instituição nunca é um objeto “exterior”, independente de nós. Com isso, “Toda análise é análise de implicação”. (RODRIGUES, 2012)

pesquisas-intervenção no Brasil. Ela é a expressão do fato de que a análise não é uma especialidade do analista. O conceito (que é, na verdade, um conceito-ferramenta) fora elaborado por Félix Guattari após a década de 1950, no contexto da Psicoterapia Institucional (BARROS, 1994; ROSSI; PASSOS, 2014). Os analisadores são acontecimentos que produzem rupturas na aparência homogênea e visível da instituição; ou seja, os analisadores manifestam o invisível e o não-dito institucional. Ao mesmo tempo em que são reveladores de uma determinada situação, esses acontecimentos também a transformam, funcionando como catalisadores e modificando as relações até então estáveis que configuravam a face visível da instituição⁴. São os analisadores, portanto, que operam de fato a análise. Esses acontecimentos podem ser de toda ordem – um episódio, uma enunciação, a presença ou ausência de algo ou alguém. Embora o analista possa criar situações para propiciar a análise, os analisadores são, com efeito, imprevisíveis. Eles podem irromper a qualquer momento e só são identificados *a posteriori*, isto é, eles só existem em ato (ROSSI; PASSOS, 2014). Esse fato confere um caráter muito peculiar à intervenção: ela se caracteriza por uma atitude de espreita em relação aos analisadores. A análise acontece quando se aproveita a ocasião.

A noção de pesquisa-intervenção no Brasil está fortemente ligada à construção e/ou utilização de analisadores (ROSSI; PASSOS, 2014). De certo modo, quando tudo corre bem, a intervenção é a própria análise (a análise coletiva a que se refere Lourau na passagem acima). Contudo, frequentemente nos referimos à intervenção como sendo a série de medidas que preparam a análise (a contratação do trabalho, a entrada no campo, a utilização de determinados instrumentos, etc.). Nesse sentido, a intervenção prepara as condições para a emergência dos analisadores; ela é a montagem do dispositivo que possibilita que todos fiquem à espreita desses acontecimentos transformadores.

Esses dois sentidos de intervenção coexistem no cenário das pesquisas-intervenção. Frequentemente, eles estão entrelaçados: a preparação das condições de análise já se apoia sobre uma transformação coletiva que põe a instituição em xeque. Dificilmente pode-se estabelecer um marco temporal que nos permita escolher em definitivo: ou a intervenção coincide inteiramente com a análise, ou a intervenção promove as condições para o surgimento de analisadores. Parte dessa dificuldade advém do fato de estarmos sempre um pouco atrasados quando apontamos para um analisador -

⁴ “A intervenção – inteiramente hipotética, convém repetir, em uma organização política muito centralizada – deveria considerar como o mais importante, por ser o mais temível, o desvio organizacional.” (...) “Daremos o nome de analisador àquilo que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar.*” (LOURAU, 1975, p. 284)

sempre o percebemos quando algo já aconteceu. Algumas vezes, os analisadores dão origem a outros analisadores e nunca se sabe quando a análise de fato começou. No entanto, em algumas ocasiões é interessante discernir entre a análise propriamente dita e outros aspectos da intervenção, pois pode acontecer que todo o aparato da pesquisa esteja montado e a análise não aconteça. Nada garante a emergência dos analisadores. Se realmente levamos a sério a ideia de que a análise é feita coletivamente e de que ela depende de uma situação concreta, de condições propícias e de acontecimentos que fogem ao nosso inteiro controle, é preciso também reconhecer que ela pode falhar.

Quando tomamos a intervenção como a montagem do dispositivo, enfim, a análise pode ser vista como um instrumento de apreciação dos seus efeitos; paradoxalmente, também o reconhecimento de que a análise não aconteceu depende de uma avaliação coletiva que coloque em xeque a própria intervenção. Graças a essa análise, torna-se possível reformular a intervenção, alterando-se a montagem do dispositivo.

A Análise Institucional, com seu conceito-ferramenta de analisador influenciou também as pesquisas-intervenção brasileiras de inspiração cartográfica. A cartografia, tal como a apresentaram Gilles Deleuze e Felix Guattari (1995), serve de apoio para um conjunto de pesquisas brasileiras que se interessam pelo acompanhamento de processos e não se pautam pelas regras metodológicas que velam pela representação de uma realidade supostamente dada e pela separação entre sujeito e objeto do conhecimento. Inspiradas pela ideia de que o conhecimento é experimentação e produção de subjetividades, as pesquisas que se guiam pela cartografia entendem o método como um conjunto de pistas (e não de regras fixas); tais pistas cultivam uma atitude ou *ethos* de pesquisa em que o conhecimento é tido como inventivo (e não representativo). Isto é, trata-se de um método de pesquisa que leva em consideração, de maneira primordial, a inseparabilidade entre conhecimento, intervenção e cuidado (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014). Também aqui, o pesquisador não ocupa uma posição privilegiada na produção de conhecimento - daí a importância do conceito de analisador para o método cartográfico.

A cartografia apoiou-se também sobre o trabalho de Fernand Deligny, tendo, ele próprio, inspirado Deleuze e Guattari. Deligny (1913-1996) foi um educador francês que, em determinado momento de sua carreira, se dedicou ao trabalho com crianças autistas. Deligny usou a confecção de mapas como uma ferramenta singular em seu trabalho; sua proposta era a de acompanhar as crianças traçando seus movimentos, seus

caminhos e sua inserção em um território local (ALVAREZ DE TOLEDO, 2001). Como resultado, surgiam mapas em diferentes escalas, que delineavam o movimento das crianças e traçavam, ao mesmo tempo, um território comum no qual figuravam também os movimentos dos adultos que as acompanhavam (TERRAL, 2004). Esses mapas eram feitos ao longo do tempo e eram superpostos uns aos outros, em diversas camadas. Traços e mapas não serviam para interpretar, representar ou decifrar algum conteúdo. Eles serviam para fabricar uma conexão com um meio e compor um território comum. Emergiam percursos que se entrecruzavam e indicavam fluxos, paradas e criavam “nós”, configurando um mundo singular. Esses mapas não tinham um objetivo preciso, um propósito a ser alcançado a não ser, justamente, a sua própria confecção⁵.

No mapeamento cartográfico de Deligny, o protagonista não é um sujeito: é o próprio processo que ganha relevo e que se inscreve no produto. O método cartográfico, portanto, aposta que o que vale para os mapas ou filmes, vale também para os relatórios de pesquisa. As pesquisas-intervenção cartográficas enfatizam a dimensão processual da subjetividade. O sujeito-pesquisador emerge no ato de pesquisar, bem como os objetos de pesquisa. Trata-se de uma intervenção paradoxal, fora da dicotomia entre a neutralidade científica e a intervenção diretiva: aqui, o pesquisador não é neutro, ele é um participante ativo, que sugere, hesita, se importa; por outro lado, o pesquisador não domina o processo de pesquisa. Suas sugestões, hesitações e interesses emergem no percurso, expõem-se aos demais participantes e se transformam graças à própria pesquisa.

Kastrup (2008) indica que, nas pesquisas cartográficas, a intervenção se dá em quatro níveis: nos participantes, no pesquisador, no problema de pesquisa e no campo de investigação. Assim, pesquisadores e participantes são efeitos da intervenção, isto é,

⁵ Esse trabalho de “mapeamento” realizado por Deligny transborda a realização gráfica dos mapas, alcançando também o cinema. Na década de 70, Deligny realizou o filme *Le Moindre Geste*, a partir das filmagens que, durante três anos, acompanharam Yves Guignard, rapaz autista confiado à Deligny desde a década de 1950. Com a câmera, a equipe acompanha os percursos, os movimentos, os gestos de Guignard e também seus laços com Deligny e com o território que ambos habitam. A montagem do filme, como destaca Miguel (2014), respeita o discurso delirante, ela não oferece explicações ou interpretações. O filme não é um projeto com uma meta pré-estabelecida. Miguel (2014) aponta, inclusive, que Deligny utilizava um neologismo para fazer referência à sua relação com o cinema – *camerar*, verbo que enfatiza o instrumento (a câmera) e que se emprega na forma impessoal, sem sujeito: “Se não é o filme que interessa, então é preciso abandonar o verbo ‘filmar’ e eleger um verbo que não se submetta ao produto final. A prática cinematográfica se voltaria então para o seu processo, para a ‘colheita’ de imagens: buscar-se-ia não produzir imagens – *l’image ne s’imagine pas*, diz Deligny –, mas criar um contexto onde a imagem pode surgir – *como que por inadvertência*.” (MIGUEL, 2014, p. 100)

da experiência de pesquisa. Essa afirmação recoloca o problema da intervenção e da responsabilidade do pesquisador sob um novo ângulo.

As reflexões de Vinciane Despret e Isabelle Stengers a propósito do trabalho de Donna Haraway trazem uma contribuição muito importante a respeito do problema da responsabilidade (DESPRET, 2012). Elas apontam para o caráter não-inocente do texto de Haraway – a forma narrativa, a escolha das palavras, o modo de encadeamento do texto, todos esses aspectos comportam um engajamento e um senso de compromisso. O texto não se pretende neutro, escondendo-se sob uma teoria ou assumindo uma posição tão somente crítica. Cada termo empregado e palavra escolhida fabricam uma associação e empreendem um risco.

A escrita do texto não é neutra – ela gera efeitos e, portanto, é uma intervenção. Também a cartografia não identifica a intervenção exclusivamente às ações diretas de um interventor em determinada situação. O conhecimento dito “teórico” ou “abstrato” tem tantas consequências quanto um “trabalho de campo”. Toda intervenção é não-inocente.

Nesse sentido, uma pesquisa-intervenção convoca a noção de responsabilidade. Quais os efeitos (teóricos, políticos, existenciais) das escolhas, engajamentos e associações fabricadas por uma pesquisa? A responsabilidade é, com muita frequência atualmente, tida como atributo de um sujeito; rapidamente, ela se transforma em culpa individual. O modelo do tribunal se impõe mais uma vez, da mesma maneira que, como vimos no capítulo anterior, acontece com o conhecimento⁶. Haraway (DESPRET, 2012), contudo, aponta para uma importante distinção em seu trabalho: a responsabilidade não é um sinônimo para culpa. Ao invés de dobrar-se sobre si, como o faz a culpa, a responsabilidade ocupa-se dos efeitos: ela obriga à ação. Despret (2012, p. 5) narra da seguinte maneira o comentário de Stengers sobre essa questão:

Bien dire, c'est échapper à l'alternative innocence/péché, pour un art des mots, et donc aussi de la pensée et du sentir, qui se veut 'responsable'. Et cela non pas au sens où on aurait la maîtrise, où on pourrait prévoir et revendiquer les conséquences, mais

⁶ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que discutimos anteriormente, é um exemplo desse modelo jurídico de responsabilidade que está no cruzamento entre a produção de conhecimento e a intervenção experimental.

au sens de *accountable*⁷ : on ne pourra se réfugier derrière un 'je n'avais pas voulu cela' ; on devra répondre des conséquences. Répondre, c'est-à-dire apprendre, reprendre, oser de nouvelles versions (ou tropes) encore un peu plus 'bizarres', 'tordues' (queer), décontenançant encore un peu plus les anticipations, échappant à des pentes toutes faites dont on n'avait pas perçu la dangereuse proximité.

A responsabilidade, assim, não pretende remontar a causas, isolando os elementos ou fatos que supostamente explicam um estado de coisas. Ela convoca à fabricação de respostas. A cartografia é responsável porque, ao invés de privilegiar a busca por causas, ela leva em consideração os efeitos de sua própria intervenção e responde a eles.

Tal como vimos no capítulo anterior, um dispositivo de pesquisa obtém respostas condizentes com as interrogações (não-inocentes) que ele próprio formula. É o reconhecimento desta articulação que o faz responsável. Ora, tornar o dispositivo responsável equivale a produzir uma responsabilidade coletiva: o dispositivo torna-se capaz de responder quando está atento à presença dos outros. Ou seja, ele pode reformular suas questões e tornar-se relevante na medida em que leva em consideração os demais participantes. Com esse gesto, o dispositivo fabrica corresponsabilidade (torna os participantes '*accountables*'). Como indica Despret (2012), o consenso pacífico, imagem de inocência, deve-se ao fato de deixarmos de lado algo ou alguém, isto é, a não considerarmos como realmente importantes ou legítimas a divergência e a heterogeneidade.

A pesquisa-intervenção GAM-BR busca produzir respostas coletivas. Seu modo de operar é condizente com seu interesse pelo fomento da autonomia. Frequentemente, as pessoas são instadas a responderem sozinhas a problemas que são construídos coletivamente, pois não reconhecemos de fato esses problemas como coletivos. No caso das medicações psicotrópicas, há uma forte tendência atualmente à busca por causas e à atribuição de responsabilidades a indivíduos; conseqüentemente, há individualização e especialização nas respostas possíveis: o médico é o responsável pela prescrição, o usuário é responsável por obedecer à prescrição, o familiar é responsável por velar pela

⁷ O termo foi mantido em inglês no original e faz referência a quem responde por seus atos, se sente implicado em relação às consequências do que faz; é semanticamente próxima, ainda, àquilo que é importante e que deve ser levado em conta em uma explicação ou descrição.

obediência do usuário... Cada um é instado a, separadamente, prestar contas do que faz a partir de um sistema de distribuição de especialidades. Criam-se pequenos monopólios, no interior dos quais se sabe a quem culpar. O médico é visto como o especialista das causas bioquímicas dos transtornos, os familiares, como alvos das especialidades da psicologia e da assistência social, e assim por diante. Espera-se que “cada um” intervenha apenas no domínio de sua especialidade e viva sua parcela de culpas e cobranças. Nesse cenário, o grau de complexidade que se almeja obter de cada resposta varia muito; a resposta que se espera dos usuários, por exemplo, é simplificada ao extremo e eles dificilmente podem variar seu repertório de ação.

A GAM-BR responde a esse contexto por meio de uma intervenção no esquema de repartição das responsabilidades e especialidades. A gestão autônoma de medicamentos inclui a heterogeneidade e, com isso, convoca à corresponsabilização. Afinal, a GAM é um dispositivo que busca ampliar a capacidade de resposta dos usuários em relação ao seu próprio tratamento; ao fazê-lo, ela coloca em xeque (ou em análise, como se diz na Análise Institucional) as repostas “especialistas”. O saber dos usuários é incluído em um cenário até então relativamente mais “pacífico” (inocente) e homogêneo. Rodriguez e Poirel (2007, p.121) afirmam, a propósito da GAM:

Ce projet a ainsi fait émerger la nécessité d'une prise en compte de 'savoirs' multiples autour de la médication psychotrope: le savoir fondé sur une expérience intime des personnes usagères, mais aussi celui des agents d'intervention de même que celui de la médecine, lorsqu'elle n'est pas réductrice.

Não por acaso, a GAM-BR compromete-se com os princípios da clínica ampliada (PALOMBINI *et al.*, 2013), abordagem de gestão e atenção em saúde segundo a qual o cuidado não é determinado por uma especialidade. A clínica ampliada promove no Brasil um alargamento das noções de saúde, procurando abranger a complexidade das situações singulares de vida. Conseqüentemente, a clínica ampliada é favorável à construção compartilhada das propostas diagnósticas e terapêuticas (BRASIL, 2009). Como indica Palombini *et al.* (2013), a clínica ampliada é uma abordagem que procura colaborar com a incorporação dos princípios do SUS no cotidiano dos serviços; a GAM-BR assume o risco de fazer o mesmo nos serviços de saúde mental.

A GAM-BR convida a todos a se comprometerem responsabilmente, a fabricarem coletivamente respostas que não se restrinjam às especialidades. Por um lado, os próprios dispositivos da GAM-BR cuidavam para não provocar

desestabilizações prejudiciais para o serviço e para as pessoas que o frequentavam, em um cuidado análogo ao que se exerce na clínica⁸. Por outro lado, os dispositivos procuravam apoiar as ações autônomas dos participantes e dos grupos, de modo que todos pudessem compartilhar as responsabilidades pela gestão da pesquisa-intervenção. Os grupos de intervenção eram espaços de construção de um plano comum. A validação do Guia GAM-BR (uma ferramenta que se pretende de uso público e coletivo) dependia dessa construção.

Portanto, os aspectos da análise de que tratamos no capítulo anterior – a proliferação de sentidos, o cultivo das associações, da equivocidade e da multiplicidade – estavam indissociavelmente ligados aos compromissos e engajamentos da GAM-BR. As análises tinham efeitos. O próprio fato de se tratar de uma pesquisa era já uma intervenção: a forma “pesquisa” desestabilizava certos padrões de respostas. Tornava-se possível, por exemplo, assumir a postura de produtor de conhecimento, em lugar da habitual posição de apenas receber ajuda. Além disso, se havia algo a ser pesquisado, era porque as respostas aos problemas não estavam dadas de antemão. Nesse contexto, as experiências pessoais tornavam-se relevantes para outros e adquiriam um sentido até então inédito. A própria ferramenta utilizada, o Guia GAM-BR, tinha um caráter provisório e aberto, podendo ser encarada como uma ferramenta a ser construída coletivamente. Desse modo, pesquisar tinha efeitos terapêuticos. Cuidávamos juntos para que as transformações que produzíamos fossem responsáveis, apoiando os movimentos autônomos e o reconhecimento da interdependência entre especialidades, frequentemente invisíveis nas instituições de saúde mental.

Considerando a análise ao mesmo tempo um agente de transformação e um modo de acolher os efeitos de nossas práticas, podemos, a seguir, acompanhar mais concretamente como ela acontecia durante a intervenção GAM-BR. Para tanto, vejamos dois importantes analisadores no/do trabalho no GIF. Foram inúmeros os analisadores ao longo do trabalho, mas duas questões servem, especialmente aqui, para suscitar reflexão e promover análise: a primeira delas refere-se à escolha do tema do medicamento como foco ou questão motivadora da pesquisa-intervenção; a segunda, ao compartilhamento e à partilha de responsabilidades no manejo do grupo e da pesquisa-intervenção (questão essa que nos conduzirá ao tema da participação).

⁸ « Comme dans toute entreprise thérapeutique, il fallait d’abord veiller à ne pas nuire » (CHAUVENET ; DESPRET ; LEMAIRE, 1996, p. 90)

3.1. O medicamento

A escolha do medicamento como um tema de discussão coletiva é, por si só, uma intervenção de grande impacto na rede de saúde mental brasileira. Embora o medicamento esteja no cerne do cotidiano dos tratamentos e das práticas das equipes, raramente há ocasiões para refletir coletivamente sobre ele, colocando-o “em análise”. Como responder a esse desafio sem insistir, contudo, na individualização das responsabilidades?

Uma boa estratégia nos parece ser mudar a maneira habitual de abordar a questão. Ao invés de dirigir nossa atenção para o que as pessoas fazem com o objeto-medicamento, podemos olhar para aquilo que o objeto-medicamento faz com as pessoas. Como veremos adiante, o medicamento não é um objeto qualquer: o modo como ele é produzido hoje fabrica uma rede de relações sociais, cujos efeitos se fazem sentir na vida das pessoas que lidam com ele.

O relato que se segue foi extraído da **memória do dia 03/07/12**. O grupo desse dia iniciava o quarto passo do Guia - **Conversando sobre os medicamentos mais usados em psiquiatria**:

A primeira pergunta do quarto passo é: “Como você descreveria a experiência diária de tomar remédios?”¹. Leonor lê a questão. Eu lembro que o tema da medicação aparece com frequência em nosso grupo. Cremilda pergunta se a questão é a respeito do “paciente psiquiátrico” e responde que “ele tem que tomar, porque senão...” Eu lembro ao grupo que o Guia é dirigido aos usuários e pergunto como elas acham que seus familiares responderiam à pergunta. Cremilda logo responde, então, que a experiência de seu irmão é de não querer ficar sem tomar o remédio. Ela diz que, hoje em dia, ele toma conta quando os remédios estão perto de acabar, avisando à Fátima quando isso acontece. Ela diz que a experiência dele é muito boa e que graças a Deus ele toma o remédio sozinho e está calmo. Ela diz, contudo, que nem sempre foi assim. Antigamente, ela precisou interná-lo várias vezes. [Em um longo e emocionado relato, Cremilda narra ter obtido uma grande ajuda de um psiquiatra que trabalha no Município. Ele convenceu seu irmão a tomar sozinho os medicamentos. Esse mesmo psiquiatra ainda lhe receitou antidepressivos quando ela precisou]

¹ Página 52 do Guia GAM-BR.

Leonor diz que sua filha sempre se recusa a tomar a medicação. Eu pergunto a Leonor como ela acha que sua filha responderia à pergunta do Guia. Leonor diz que faria a pergunta a sua filha tão logo pudesse (logo que lemos a pergunta, Leonor já havia dito que perguntaria isso a sua filha quando fossem para casa). Leonor disse que achava que sua filha ia ficar irritada, porque ela acha que não precisa tomar remédios. Leonor diz que ela toma qualquer outro remédio sem problemas, mesmo injeção. Seu problema é apenas com o medicamento psiquiátrico.

[Instaura-se no grupo um debate sobre a especificidade do remédio psiquiátrico: ele é mais forte do que outros medicamentos? Ele pode prejudicar? Ele “mexe mais” com quem o utiliza por alterar a mente e o comportamento? O grupo lembra que, às vezes, os usuários precisam ser contidos. Trata-se de situações extremas, difíceis, violentas. Maria conta um pouco de sua experiência com a filha. O medicamento é visto pelo grupo como um instrumento para evitar a violência da contenção física. Isso leva muitas participantes do grupo a contarem que, eventualmente, diante da recusa de seus parentes em tomar a medicação, elas terminam por escondê-lo nos alimentos. Uma participante conta do seu desejo de experimentar o remédio do filho. Diz, ainda, que seu filho se recusa a ir ao CAPS, lugar de “gente doida”. Conversamos sobre o estigma e o preconceito. A trabalhadora diz que, muitas vezes, o preconceito se manifesta não apenas na sociedade em geral, mas também nas próprias famílias. Ela diz que, por isso, a família deve estar presente no CAPS, evitando se ausentar do grupo de familiares. Segundo ela, quando a família se ausenta e não assume suas responsabilidades, os usuários pioram. Essa é uma das ocasiões de tensão para mim,: é difícil lidar com as falas de cobrança relativas à participação dos familiares – é como se elas reforçassem as dificuldades do grupo e contrastassem com o manejo que experimentávamos, de incentivo à participação e à construção coletiva. O grupo se entristece, lembrando-se das dificuldades e preconceitos enfrentados]

Cremilda diz, então, que é uma questão de merecimento, ter um filho ou um parente com problemas (como algo que elas precisam aceitar e carregar, no sentido da fala recorrente no grupo, de que se trata de uma cruz). Eu pergunto: será? Será que é uma questão de merecimento? Imediatamente, Leonor e Edméia dizem que discordam de Cremilda e pensam diferente. Eu me surpreendo um pouco com a rápida reação e digo que gostaria de conversar mais sobre isso.

Cremilda procura, então, explicar melhor sua posição, afirmando que, no meio de várias irmãs, de “sapato alto” (ela se levanta e imita o andar afetado das irmãs),

ela é quem teve que se desdobrar para cuidar do irmão e do pai [que sofreu longamente com uma doença degenerativa]. Ela diz que Deus fez isso por uma razão. Enquanto ela diz isso, surgem algumas falas de protesto, como a de Leonor, que diz que não acha isso, não! (dando a entender que é uma bobagem pensar assim). Cremilda procura responder a essas falas, surgindo um pequeno debate.

Eu chamo atenção para o fato de que Cremilda está trazendo experiências difíceis, nas quais ela se sentiu só. Pergunto (meio afirmando) se dividir essas experiências com mais pessoas não ajudaria a lidar com a dificuldade. Cremilda concorda comigo. Eu observo que as falas que surgem no grupo, a respeito do peso de lidar com os parentes usuários, apareciam ligadas ao isolamento e à solidão. Cremilda insiste em dizer que a situação é essa!

Estavam presentes nesse dia sete pessoas: Leonor, Onedina, Edmeia, Cremilda, Maria, Fátima e eu Fátima, como vimos, era a trabalhadora então participante do grupo, psicóloga que exercia a função de diretora do CAPS. Leonor é mãe de uma usuária que participou do GIU; posteriormente, ela tornou-se monitora do GIF (ao lado de Marli). Edmeia é filha de Onedina, irmã de uma usuária do CAPS (também filha de Onedina) e nos últimos tempos também se inquietava com a saúde de seu filho. Edméia e Onedina tinham uma participação bem especial no grupo: além dos diferentes laços com os usuários – mãe, avó, irmã - elas também exerciam, no grupo, a relação tantas vezes evocada pelos outros participantes, de mãe e filha. Cremilda é irmã de um usuário, uma das poucas participantes do grupo que não eram mães, o que tornava sua presença muito importante. Maria é mãe de uma usuária; nem sempre podia estar presente no grupo e, na época deste relato, enfrentava um difícil período de crise vivenciada por sua filha. Fátima participava do grupo desde março, sem muita regularidade. Sua entrada no grupo deveu-se, como vimos, a uma tentativa de resolver o problema que a pesquisa vinha enfrentando, o da ausência de trabalhadores no GIF, grande motivo de preocupação para a pesquisa, já que a GAM-BR prevê a participação dos trabalhadores e os considera atores fundamentais para a estratégia brasileira. Os trechos em itálico são transcrições diretas da memória; os trechos entre colchetes são sínteses de trechos mais longos.

O Guia GAM toma como tema privilegiado para o debate a experiência de utilização de medicamentos psiquiátricos. A pergunta que serviu de ponto de partida para o encontro desse dia refere-se à experiência de tomar remédios. Como sempre

acontecia no GIF, a pergunta era respondida a partir de uma intrincada rede de experiências: tomar remédios, acompanhar um parente que faz uso de remédios psiquiátricos, imaginar como é a vivência dos usuários... No GIF, a pergunta sobre a experiência de usar os medicamentos era ocasião, assim, para a ampliação de perspectivas e inclusão de pontos de vista, o que dava lugar à grande complexidade que podemos observar na conversa acima.

A pergunta sobre a experiência com a medicação dá lugar a uma trama de conversas que envolvem também as experiências de cuidar de alguém, o estigma e o preconceito, a responsabilidade e, finalmente, as sensações de isolamento e solidão.

Seria possível supor que essa trama é apenas uma cadeia de associações fortuitas? Para isso, seria preciso supor também que cada uma dessas experiências pode ser isolada uma da outra e atribuída a determinados sujeitos: a experiência de usar o medicamento pertenceria, assim, ao usuário; a experiência de cuidado seria um domínio de conhecimento próprio ao trabalhador; o isolamento e a solidão seriam as experiências de familiares que, infelizmente, não possuem outros parentes com quem contar...

Entretanto, não é assim que tais experiências compareciam no grupo. Cada experiência transbordava as fronteiras da individualidade de quem a expressava. Era impossível precisar uma causa ou origem única para cada situação narrada no grupo. Tais experiências eram interdependentes, não surgiam como arbitrárias, nem eram vistas com distanciamento pelos participantes do grupo: elas eram experiências que faziam sentido e ressoavam, ainda que de maneiras diferentes, em cada experiência pessoal. Parte da complexidade advinha também do fato de cada experiência comportar uma grande margem de equivocidade e indefinição: o medicamento ajuda ou atrapalha? Quem se sente só, o usuário, o trabalhador? Na experiência do grupo, as respostas a essas perguntas eram sempre paradoxais, admitindo múltiplos sentidos e evocando vivências de diversas pessoas simultaneamente. As experiências não compareciam como uma associação em cadeia, mas como inextricavelmente interligadas. Não fazia sentido circunscrever seus limites. Assim, tomar remédios diariamente não se separava das vivências ligadas ao estigma e à exclusão. É inegável que há, atualmente, um elevado custo existencial no uso de medicamentos psicotrópicos (ESTROFF, 1998; MARTIN, 2009). Para muitos usuários e familiares, o medicamento é uma “ajuda que atrapalha”, sendo ao mesmo tempo benéfico e perigoso, uma promessa de cura e uma decepção, pois o alívio esperado nunca chega (GIACCHERO VEDANA; INOCENTI MIASSO, 2011). Além disso, também a associação entre medicamentos e autonomia é

revestida de ambiguidade: quando se é mais autônomo, ao se obedecer à prescrição ou ao se rejeitar os medicamentos? Martin (2009), referindo-se mais especificamente ao transtorno maníaco-depressivo, assinala que

Since autonomy is a key aspect of personhood, whether or not a person who takes a psychotropic drug retains his or her autonomy is an important question. Is the cost of relying on a drug for achieving rationality that the drug is seen as substituting for the autonomous action of the self by becoming the person's 'manager'? If so, would this leave the medicated person 'rational' in form but lacking self-generated action, one of the key substantive features of personhood in the Western cultural context? This is why it matters who is the 'manager' of the manic depression. Is it the drug, acting autonomously inside the person, or is it the person who takes the drug? (MARTIN, 2009, p. 88)

Questões como essa indicam que o medicamento assume, com enorme frequência, um papel protagonista na vida das pessoas. Contudo, sob a perspectiva da pesquisa e da intervenção na saúde mental, raramente atribuímos ao medicamento um protagonismo de fato. Olhamos para ele como um objeto fabricado pelo homem, inerte e dependente das ações (morais) de indivíduos. Assim sendo, o trabalho de Philippe Pignarre (1997) pode trazer uma importante e original contribuição: seguindo a obra de Bruno Latour², Pignarre nos convida a olhar para o medicamento como um protagonista e a acompanhar os efeitos produzidos por ele nas relações sociais.

No caso do GIF, a experiência com os remédios ligava-se de maneira íntima, ainda que complexa, às sensações de isolamento e solidão. Essa era uma das associações mais insistentes no GIF e, se a levarmos a sério, ela tem o potencial de tornar menos naturalizadas nossas relações com os medicamentos. A partir do trabalho de Pignarre, torna-se possível indagar qual o papel do próprio objeto na fabricação dessa associação. No relato acima, a sensação de isolamento ganhou voz através de Cremilda,

² Bruno Latour é um dos expoentes da Teoria Ator-Rede, que procura acompanhar, sem distinção, os efeitos sobre a realidade produzidos por atores humanos e atores não-humanos. De acordo com Tsallis, Ferreira, Moraes e Arendt (2006), a Teoria Ator-Rede designa como um ator tudo aquilo que têm agência, isto é, tudo aquilo que se define pelo efeito de suas ações. Tal designação abrange igualmente humanos e não-humanos; um ator é um híbrido (ele não se confunde com a ideia de indivíduo), nem se conforma à tradição majoritária das ciências sociais, cujas teorias só admitem conferir agência e autonomia aos humanos.

mas, em outros encontros, comparecia também nas falas de outros membros do grupo: por vezes eram outros familiares que se queixavam por estarem sós; outras vezes, eram os trabalhadores, que tinham dificuldades de compor uma rede com outros serviços ou mesmo com outros membros da equipe. Em outras vezes, ainda, eram também os pesquisadores-universitários que se sentiam isolados em relação a outros colegas do grupo de pesquisa. As experiências de todos se comunicavam, expressando-se de maneiras diferentes e por caminhos diversos, imprevisíveis. Aliás, daí o fato de o manejo do grupo não se ater à necessidade de responder rápida e diretamente a cada pergunta do Guia. Era preciso acompanhar os caminhos e aparentes desvios. Entendemos, no caso do relato acima, que a pergunta proposta pelo Guia foi muito bem respondida pelo grupo: cabe à análise acompanhar esta resposta e propor articulações e conexões que estejam minimamente à sua altura.

Com o trabalho de Pignarre, como veremos a seguir, surge uma conexão entre o medicamento e o isolamento que considera os efeitos das ações do próprio objeto-medicamento. Essa articulação não pretende esgotar o assunto, nem se sobrepor a outras articulações possíveis, que, aliás, são inúmeras: curiosamente, o isolamento é um tema que pode ser associado a muitos aspectos em saúde mental. Como indica Cremilda, o isolamento deve-se, em grande medida, ao estigma e ao preconceito: o medicamento é uma marca visível de uma diferença socialmente indesejável. É também inevitável lembrar, como o fazem Torre e Amarante (2001), que as atuais definições de transtorno mental produzidas pela psiquiatria tiveram suas raízes no conceito de alienação, já no século XVIII. O trabalho de Foucault (1978) mostrou que foi por meio do conceito de alienação que a medicina se apropriara da loucura, definindo o alienado como aquele incapaz de partilhar do pacto social. Ecos dessa definição estão presentes ainda hoje, como podemos ver, por exemplo, no DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994)³: o isolamento social aparece aí como um dos traços importantes no diagnóstico da esquizofrenia, embora ele não seja considerado em todos os casos como um sintoma primário (o manual nos lembra que o isolamento pode ser

³ O DSM-IV é o manual que oferece hoje em dia a nomenclatura de diagnósticos de transtornos mentais mais amplamente aceita entre psiquiatras e pesquisadores. No Brasil, a nomenclatura do DSM-IV é bastante utilizada e exerce influência sensível na classificação diagnóstica e na prescrição de medicamentos. Contudo, no cotidiano dos serviços emprega-se com maior frequência outro manual de codificação de doenças, não restrito aos transtornos mentais: trata-se do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS). É comum que o CID-10 seja, no Brasil, a fonte privilegiada quando se redigem prontuários, solicitam-se benefícios sociais e realizam-se os diagnósticos de perícia para a concessão desses benefícios.

um efeito de sintomas positivos, como alucinações proeminentes ou delírios paranoicos).

Historicamente, a partir do conceito de alienação desenvolveram-se técnicas terapêuticas baseadas justamente na prática do isolamento, que passou a ser um dos pilares da institucionalização da loucura (TORRE; AMARANTE, 2001). Uma das principais condições para o tratamento – supunha-se – era isolar a pessoa de seu ambiente de origem. Mais uma vez, aqui, a pretensão de purificação e controle ligada à produção de conhecimento fazia-se presente: estando a pessoa acometida livre de influências estranhas ao tratamento, seria possível isolar as causas de seus transtornos, enfim conhecendo-as. Com isso, também se pretendia, por um lado, afastar as influências prejudiciais à recuperação (refletindo, pelo menos parcialmente, uma crença na etiologia psicossocial dos transtornos e uma atribuição de culpa às famílias pelo adoecimento); por outro lado, buscava-se proteger a sociedade do perigo potencial dos “loucos”.

Com a antipsiquiatria italiana e os movimentos críticos à institucionalização, passou-se a questionar o isolamento em ambos os registros – como designação de um sintoma individual e como prática terapêutica. Quando visto sob o prisma de um quadro social mais amplo, o isolamento aparecia, então, como um efeito produzido por diversas instituições e como uma prática capaz de gerar ainda mais adoecimento e cronicidade. Percebia-se que alguns comportamentos até então tidos como sintomas de uma doença eram, de fato, uma consequência do próprio processo de institucionalização. Os efeitos negativos do isolamento asilar passaram a ser alvo de questionamentos cada vez mais duros e, mais tarde, de denúncias.

Graças a esses movimentos críticos, passou-se a lutar contra o isolamento na saúde mental. A Reforma Psiquiátrica Brasileira é tributária desses movimentos e procura resistir às formas de isolamento que ainda se impõem na rede. Os CAPS são serviços substitutivos aos asilos e a todos os serviços que praticam alguma forma de isolamento como prática terapêutica. A rede de saúde mental passou a se organizar de modo a criar laços com a cidade e com a sociedade como um todo, fomentando a inserção social e a criação de vínculos com o espaço público. No entanto, o isolamento não se restringe às organizações asilares; hoje, ao dirigimos nosso olhar às instituições, é possível perceber o isolamento em diversas outras manifestações. Nesse sentido, Campos (1999) ressalta que a estrutura tradicional dos serviços de saúde reforça o isolamento profissional ao colocar em prática processos de trabalho fragmentados (a

separação entre as diferentes especialidades é um reflexo disso na saúde mental). O isolamento, nesse caso, está ligado à forma de gestão dos serviços, inseparável da atenção prestada: trabalhadores isolados entre si e alienados dos seus próprios trabalhos não têm como fomentar laços e redes de apoio aos usuários. Além disso, se subirmos um degrau na escala, vemos que não são apenas os serviços de saúde que trabalham de maneira fragmentada - outros serviços públicos também o fazem e têm dificuldades de operar em uma rede articulada. Uma rede precária de serviços constrói, ela própria, um espaço marcado pela falta de cidadania, pela alienação e pelo isolamento (SANTOS, 2012). Sob a perspectiva de uma clínica ampliada, a saúde mental é inseparável das condições necessárias ao exercício da cidadania. Não por acaso, uma das principais queixas em São Pedro da Aldeia estava ligada ao serviço de transportes na região; inclusive, parte significativa do funcionamento dos grupos GAM (como a combinação de datas e horários dos encontros e a participação em reuniões da pesquisa) estava subordinada às dificuldades de deslocamento.

Com maior ou menor pertinência, essas reflexões sobre o isolamento compõem de maneira relativamente frequente nas pesquisas-intervenção em saúde mental. Mais raro, contudo, é realizar uma investigação e uma reflexão sobre o papel desempenhado pelos próprios medicamentos na construção desse cenário, tal como propõe Pignarre. A GAM-BR, ao eleger o medicamento como foco, aproxima-se desse tipo de investigação e assume o risco de articular questões que habitualmente são vistas como distantes e estranhas umas às outras. Em outras palavras, a GAM-BR mostra-se disposta a fazer uma dobra, colocando lado a lado o medicamento e o isolamento. É importante ressaltar que, com esse gesto, ela não tem a pretensão de explicar, muito menos de excluir ou negar outras articulações possíveis.

Seguindo o manejo do grupo – ele próprio analítico -, a análise abre-se à trama de experiências e à complexidade das questões, ao invés de procurar reduzir a compreensão dos problemas a uma resposta única, como um ponto de vista isolado de todos os demais. Por isso, é interessante acompanhar o percurso que torna o medicamento um ator, com efeitos que ultrapassam o campo de ação estritamente biomédico e organizam o campo social de uma forma bastante específica, raramente interrogada nas instituições. Daí a pertinência, para a GAM, dos trabalhos de Pignarre (1997) e de Latour (2012); não necessariamente os percursos traçados por estes autores eram feitos passo a passo com o grupo, tal como o era a leitura do Guia. Contudo, suas reflexões ajudam a compor um quadro mais amplo, que torna pertinente a abordagem

que praticávamos no GIF e que inspirava em grande medida o manejo do grupo, guiando a pesquisa-intervenção.

Philippe Pignarre parte de uma questão aparentemente simples: o que é um medicamento? Geralmente assumimos o pressuposto de que o medicamento é um objeto quase banal, conhecido por todos. Contudo, sob a perspectiva de sua construção, ele é uma maneira totalmente original de ligar os domínios biológico e social, produzindo uma realidade singular. No relato acima, vimos que o medicamento envolve toda uma complexa rede social que abrange não apenas os usuários do medicamento, mas também suas famílias, seus vizinhos, amigos, a equipe multidisciplinar do CAPS, entre muitos outros atores. Tal rede, por sua complexidade, pode ser abordada a partir de diferentes pontos de vista: pode-se, por exemplo, questionar a hierarquia profissional presente nos serviços de saúde, ou examinar o papel que o medicamento ocupa na Reforma Psiquiátrica Brasileira. O ponto de partida de Pignarre é diferente: ao invés de examinar as relações sociais que se tecem em torno de um objeto tido como dado, ele acompanha a cadeia de produção do medicamento e observa como o próprio objeto engendra tais relações sociais, organizando a sociedade de determinado modo. Em outras palavras, ele se volta diretamente ao medicamento para observar como esse objeto constrói um mundo. O medicamento não diz respeito apenas àqueles que o utilizam ou àqueles que o prescrevem; segundo Pignarre, ele impõe um determinado modo de organização da sociedade. Podemos, acompanhando Pignarre, “abrir a caixa preta” do medicamento, no sentido que Latour (2011) dá a expressão: remontar às controvérsias e à complexidade que compõem este objeto antes que ele se torne um dado científico e social único e consolidado.

Essa “abertura da caixa preta” pode ser pertinente para a discussão da experiência no GIF. A análise a partir do objeto medicamento não exclui, de modo algum, a análise a partir dos outros diversos componentes que atuam no CAPS Casarão da Saúde: a rede de serviços de saúde do Município, a relação do Município com o Estado do Rio de Janeiro, as características da Reforma Psiquiátrica Brasileira, as relações *intra* e *inter* familiares dos membros do grupo... A análise procede por multiplicação de perspectivas e inclusão, não por redução ou simplificação. Nesse sentido, pode ser útil adotar momentaneamente uma perspectiva inusitada e considerar o objeto-medicamento como ponto de partida. Em primeiro lugar, porque se trata de um tema de interesse direto da GAM; seria improvável imaginar o medicamento como uma figura secundária nessa estratégia. Em segundo lugar, porque ter um objeto como ponto

de partida permite nos situarmos em uma postura inabitual de suspensão do julgamento de indivíduos, deslocando nosso olhar das pessoas para a rede de relações que se estabelece entre elas. E, por fim, porque a análise de Pignarre mostra que o medicamento se constrói a partir de um mecanismo de repartição de responsabilidades cujos efeitos ressoam na experiência dos participantes do GIF. O medicamento se insere em um processo de produção *sui generis*, que abrange processos de produção de subjetividades. A hipótese aqui é a de que as experiências de isolamento, solidão e culpa que apareciam no GIF não são apenas uma expressão de histórias individuais dos membros do grupo ou fruto de atitudes moralmente condenáveis por parte de determinados indivíduos, mas também uma produção social do próprio medicamento, que constrói um mercado à parte, com um funcionamento próprio, cujas regras são bem diferentes das de um mercado “normal” Como veremos, esse processo de produção do medicamento culmina na aparição de um tipo peculiar de consumidor, caracterizado justamente por seu isolamento e individualização. O Guia GAM-BR, ao dedicar-se ao tema do medicamento psiquiátrico, permite explicitar experiências que estão intrinsecamente ligadas a este “estranho objeto”, nas palavras de Pignarre.

Nessa aventura por uma perspectiva a princípio inusitada, também há alguns aparentes desvios e dobras. O plano mais evidentemente social engendrado pelo medicamento – o mercado – está associado a um espaço um pouco menos visitado pelas discussões em saúde mental: o laboratório de estudo contra-placebo. Ou seja, se acompanharmos o medicamento à jusante, seguindo o fluxo da corrente, encontramos o mercado e todo o sistema composto pela indústria farmacêutica, usuários e médicos; mas, seguindo à montante, vemos que todo e qualquer medicamento alopático teve necessariamente que atravessar um laboratório de estudo contra-placebo para ser lançado no mercado. Não menos “social” e controverso que o mercado, os laboratórios desse tipo são um lugar de disputas essenciais entre interesses diversos, que estão na origem dos medicamentos ocidentais - o medicamento psiquiátrico inclusive. O laboratório pode parecer, à primeira vista, um espaço distante das controvérsias e debates vividos pelos familiares em São Pedro da Aldeia; no entanto, trata-se de mais um componente, ainda que invisível, dessa intrincada rede. Ele é parte desta fábrica de subjetividades, estabelecendo fronteiras entre as experiências de usuário/consumidor, prescritor e vendedor de medicamentos. Por isso, o estudo do funcionamento do laboratório contra-placebo pode nos ajudar a incluir outros pontos de vista na análise do

que se passava no GIF em São Pedro da Aldeia: é justamente na conexão entre esferas aparentemente longínquas que a análise de uma situação pode se mostrar mais profícua.

Acompanhar a produção do medicamento no laboratório não é tão somente testemunhar a síntese de uma substância química; é acompanhar a construção de sujeitos e de um mundo.

É no laboratório que se decide se uma molécula pode ou não se tornar um medicamento, isto é, é lá onde se delinea a socialização de uma molécula, no duplo sentido do termo (o de sua entrada na sociedade e o da produção social que ela mesma realiza). O laboratório é uma instância de julgamento e decisão, onde se realizam os testes tidos como os mais simples e objetivos para julgar a eficácia de uma molécula. Uma substância, enfim, só se torna um medicamento se obtiver um bom resultado em um laboratório contra-placebo.

Esse tipo de laboratório é um caso único, uma figura típica do processo de produção de medicamentos; ao contrário de todos os outros laboratórios, ele não visa a produzir um conhecimento, nem remete a uma teoria: Pignarre assinala que o laboratório “apenas” avalia uma eficácia, produz um objeto técnico. Através de estudos experimentais de duplo-cego⁴, este laboratório procura determinar se a eficácia de uma molécula deve-se exclusivamente à sua estrutura química, não podendo ser atribuída ou co-atribuída a nenhum outro fator.

O interessante, de acordo com a demonstração de Pignarre, é que o laboratório contra-placebo não pretende produzir nenhum tipo de conhecimento acerca dessas “outras razões” que levam à cura de uma doença ou à melhora de um sintoma, e que passam a ser designadas em bloco como “efeito placebo”. O laboratório apenas executa um protocolo invariável, quase repetitivo, de trabalho que não produz nenhum conhecimento, mas somente a decisão acerca da eficácia ou ineficácia da substância estudada. A noção de “efeito placebo” em cena neste tipo de laboratório não remete a explicações em termos de modificações de estados de consciência ou a efeitos de sugestão. Ela remete apenas àquilo sobre o que se acredita não ser possível desenvolver um saber preciso. O efeito placebo é construído, então, como um efeito físico dependente da própria substância. Esta só pode ser considerada um medicamento se for comprovadamente mais eficaz que o seu efeito placebo. O efeito placebo é, no laboratório, reduzido a um grau mínimo e incorporado à substância, sem referência a

⁴ O termo “duplo-cego” designa estudos experimentais ou clínicos nos quais nem o experimentador nem o participante do experimento conhecem a variável investigada no momento do estudo.

interpretações psicologizantes. A noção de placebo constitui-se como um resto inexplicado e inexplicável.

O emprego do procedimento de “duplo cego” nos laboratórios de estudo contra-placebo está ligado a esta interdição de refletir sobre as “outras possibilidades” de cura, tais como uma cura espontânea ou uma cura por sugestão. Se, apesar das tentativas de neutralizar as influências estranhas à cura, o resultado positivo não puder ser atribuído inteiramente à molécula, não interessa saber se o pesquisador exerce uma influência sobre o participante da pesquisa, ou se ele próprio é influenciado por suas expectativas, ou pela posição que ocupa no laboratório. Todos os outros fatores de cura estranhos à própria molécula são reunidos em bloco e afastados, de uma só vez, do horizonte de interesse da pesquisa. De acordo com Pignarre (1997, p. 29)

Guérison spontanée, guérison par influence, surestimation des résultats par l'expérimentateur : nous faisons un bloc de ces trois facteurs qui vont devenir définitivement indiscernables. Le dispositif technique très simple du double aveugle rend le problème du placebo insoluble et impossible à étudier : il *force* définitivement l'effet placebo à devenir un degré zéro en mêlant de manière inséparable toute la chaîne des influences. Il rend invisible, par définition même, l'action de l'expérimentateur.

Não há, da parte do laboratório o interesse em investigar como o efeito placebo funciona ou como os diferentes aspectos da situação de estudo clínico levam à ocorrência de um efeito terapêutico. O laboratório produz uma síntese homogeneizante desses aspectos, tornando-os indiferentes ao seu problema experimental. Interessa apenas a criação de condições nas quais seja possível atribuir a responsabilidade pela cura inteiramente à molécula. O duplo cego está a serviço dessa atribuição de responsabilidades.

Cabe aqui um novo aparente desvio em relação ao estudo da produção social do medicamento. A atribuição de responsabilidades que comparece no laboratório contra-placebo é uma característica fundamental da ciência ocidental moderna. Difusamente presente, ela se insinua em diversos domínios de produção de conhecimento - e, conseqüentemente, nos procedimentos de análise tradicionalmente utilizados. Os experimentos de duplo-cego são uma imagem importante desta tentativa de repartição de responsabilidades nas ciências. Como apontamos anteriormente, o duplo-cego é tido como um dos procedimentos fiáveis de produção de dados para a Medicina Baseada em Evidências (MBE). Como indica Pignarre, o trabalho de Despret (2004; 2011b) é uma interessante referência para examinarmos o que está em jogo em um experimento desse

gênero. Em etologia e psicologia, o duplo cego também é utilizado como um procedimento de atribuição de responsabilidades, tal como no laboratório de estudo contra-placebo (ainda que, nestas disciplinas, haja uma diferença fundamental, já que seu interesse primordial é a elaboração de conhecimento). Ele serve, nesse contexto, à pretensão de purificar o experimento e provar cientificamente que a resposta do participante deve-se apenas à causa suposta pelo experimentador. É, portanto, um dispositivo que visa à cientifização dos estudos. Seu objetivo é neutralizar todas as possíveis e complexas relações entre experimentador, participante e ambiente que poderiam interferir no estabelecimento de uma ligação clara entre causa pretendida e efeito observado.

O duplo-cego na psicologia funciona às avessas do GIF. Como vimos anteriormente, ao invés de procedermos por uma simplificação e redução da complexidade de relações, procurávamos incluir atores e perspectivas distintas, heterogêneas, sem necessariamente identificar causas e responsáveis. Entendemos que o procedimento metodológico de abertura e inclusão não só produzia efeitos mais interessantes como também estava em sintonia com o próprio grupo e com aquilo era importante para a experiência de trabalhadores e familiares.

Despret (2011b) mostra que, apesar de seus esforços, o experimento de duplo cego não é plenamente eficaz naquilo que se propõe: ele não anula as relações de influência mútua ou de sugestão, ele apenas as emudece, deixando-as fora do campo de investigação do experimentador. Trata-se, antes, de um “pacto de dupla ignorância” (DESPRET, 2011b, p.45), em que tanto o experimentador quanto o participante escondem um do outro suas próprias expectativas e hipóteses, fingindo mutuamente não saber aquilo que eles sabem. Nesse sentido, Despret (2004) investiga o caso, paradigmático para a psicologia, do cavalo Hans. Capaz de dar respostas precisas a questões de aritmética batendo seu casco no chão, o cavalo Hans causou embaraço à psicologia no início do século XX. Nesse período, a psicologia começava a se estabelecer como uma disciplina científica: um caso como o de Hans, que poderia evocar explicações que flertavam com a paranormalidade, demandava uma explicação em termos científicos. A maneira como o caso foi estudado tornou-se um modelo para a psicologia nascente; das investigações que se fizeram com o cavalo, reteve-se a presumida importância de se buscar purificar o experimento da influência e da sugestão – ou, poderíamos dizer, da intervenção do pesquisador na situação pesquisada. No caso Hans, a tentativa de cientifização levou a uma progressiva supressão de elementos até

então presentes na cena. Ou seja, em resposta à hipótese que o cavalo responderia corretamente graças a indícios corporais inconscientes de quem perguntava, montou-se um dispositivo no qual quem perguntava e quem obtinha a resposta eram pessoas diferentes. O primeiro questionava o cavalo sem que o segundo soubesse o que era perguntado. Observou-se, então, que, quando o próprio experimentador não sabia a resposta à questão, o cavalo não era mais capaz de acertar. Tal resultado corroborava a hipótese de que o cavalo acertava graças a sinais emitidos pelo experimentador. Curiosamente, no entanto, o que a psicologia aprendeu com esse caso não teve qualquer relação com o talento de ler sinais corporais inconscientes, ou com o papel que a expectativa e a confiança de outrem têm na aprendizagem, ou ainda, com alguma outra questão que poderia produzir um conhecimento positivo a partir da experiência com Hans. A psicologia sublinhou, apenas, o fato de que o experimentador pode afetar o participante e que isso teria um efeito contaminante ou prejudicial à produção de um conhecimento científico. Foi o início de uma hipervalorização dos experimentos de duplo cego na psicologia. Eliminar a intervenção do pesquisador seria o caminho para a purificação da cena experimental e, conseqüentemente, para a determinação de causas.

É interessante observar que, após os resultados do estudo experimental, o dono do cavalo Hans tenha se dirigido à comissão investigadora acusando-a de ter modificado o seu cavalo. Seu cavalo não errava antes e agora, ao ser perguntado nesse novo dispositivo, não era mais capaz de acertar. O dispositivo, de fato, modificou o cavalo: produziu um participante que não mais podia recorrer às suas próprias competências para se relacionar com os humanos. Despret nos mostra, a partir do caso do cavalo Hans, que a maneira de interrogar produz o participante, isto é, cria-se um ser conforme à interrogação.

No caso de um experimento de duplo cego, produz-se desinteresse pela complexidade de aspectos envolvidos em um determinado efeito observado. Como no caso Hans, abre-se mão de produzir um conhecimento positivo acerca das relações complexas e mútuas entre todos envolvidos para, ao invés disso, restringir a explicação a uma perspectiva única. A esse respeito, Despret (s/d, p. 62) afirma:

Cette prétendue ignorance de l'insu qui organise les expériences de psychologie me semble inutile et inintéressante parce qu'elle oblige le scientifique à renoncer à explorer toutes les versions que pourrait lui proposer le sujet qu'il interroge. Seul dépositaire de l'expertise des questions qu'il peut poser et de la bonne définition de son

objet, en faisant le pari de l'ignorance de son sujet, l'expérimentateur le transforme en 'machine à réagir' qui n'a finalement pas grand-chose à apprendre au scientifique sur les multiples manières d'être ému, affecté, touché. Le sujet ne témoigne si bien du problème du scientifique que parce que ce dernier a réussi à le faire taire.

Ainda hoje, a maior parte dos estudos em psicologia experimental considera importante evitar a influência e a sugestão. Nos estudos em memória, por exemplo, é comum que se esconda do participante os reais objetivos do experimento⁵. Pretende-se, com isso, que as próprias condições do estudo experimental sejam neutras ou, ao menos, transparentes, sem que elas participem de fato da análise do experimentador. Não há uma reflexão sistemática a respeito da implicação das condições experimentais na construção dos resultados observados. Em relação à psicologia, produz-se um conhecimento que desqualifica o saber do participante.

No caso da construção do medicamento, embora o saber dos usuários também esteja excluído, a situação é um pouco diferente da de um experimento psicológico. É importante ressaltar que, aqui, o duplo cego serve para misturar de maneira inextrincável as influências (o que também acaba por tornar invisível a ação do experimentador). Pignarre destaca que, no laboratório contra-placebo, não se trata propriamente da produção de conhecimento (e, portanto, de ciência). Diferentemente do que se poderia assumir a princípio, o laboratório não realiza uma “purificação” da molécula (tarefa realizada mais adequadamente pelos biólogos) - o laboratório cuida de sua socialização.

Mantendo esta importante distinção em vista, cabe indicar que a configuração geral do experimento de duplo-cego é, em diversos aspectos, diametralmente oposta à

⁵Durante a realização do Projeto “*O paradigma reconstrutivista da memória: um estudo comparativo das metodologias de primeira e terceira pessoa no domínio da Psicologia da Cognição*” (mencionado no capítulo 1), nosso grupo de pesquisa deparou com a necessidade de, ao replicar o protocolo experimental das falsas lembranças, omitir dos participantes o real objeto de pesquisa (a memória). Durante as entrevistas baseadas nas metodologias de primeira pessoa, contudo, os participantes expunham suas hipóteses e expectativas no momento de realização do experimento, tecendo observações perspicazes e pertinentes sobre o objeto de pesquisa e explicitando que, durante o protocolo, procuravam “jogar o jogo” do participante ingênuo. Nenhum deles tivera qualquer dúvida de que o objeto de pesquisa era, de fato, a memória. Stengers e Despret realizaram um trabalho semelhante a propósito do experimento Valins, originalmente realizado na década de 1960 (DESPRET, 2011b). No estudo, esse experimento acerca das emoções foi replicado e, posteriormente, os participantes foram convidados para entrevistas abertas, em que puderam falar de suas hipóteses e avaliações sobre a experiência de pesquisa. As entrevistas, ao se endereçaram inteligentemente aos participantes, obtinha deles respostas também inteligentes, em nada “ingênuas”, no sentido que os experimentos de duplo-cego dão ao termo. Essa experiência consta de um pequeno documentário, *The Valins experiment: 1966-1999*, realizado por D. Demorcy, V. Despret et I. Stengers para a exposição « Laboratorium », realizada em Anvers (Bélgica) em junho de 1999.

configuração da metodologia dos grupos GAM. Como vimos pelo relato acima, as perguntas eram feitas de modo a abrir espaço a um exercício coletivo do pensamento, contando com as experiências de todos os participantes. – As experiências dos pesquisadores-universitários compareciam ao lado das experiências dos demais. Por isso, não estávamos muito longe dos fenômenos de influência e sugestão tão conjurados pela psicologia. A intervenção, em múltiplos sentidos, era parte integrante do processo de pesquisa.

Voltando ao objeto-medicamento e ao estudo de Pignarre, vemos que o duplo cego no laboratório de estudo contra-placebo, à despeito de sua especificidade, também representa uma falsa simetria. Experimentador e paciente não estão em posições equivalentes, como se pretende. A exclusão das hipóteses psicologizantes é, em parte, testemunha disso. Para o paciente, a noção de efeito placebo é inteiramente desinteressante, pois ela nada diz de positivo acerca do que ele sente ou percebe como terapêutico (PIGNARRE, 1997, p. 62):

Les patients n'emploient jamais la formule: 'J'ai été guéri par un effet placebo'. En revanche, ils accepteront volontiers de dire: j'ai été guéri (ou mon état s'est amélioré) par telle ou telle technique de suggestion, aussi peu orthodoxe soit elle, et à laquelle ils donneront toujours un nom précis, refusant toute généralisation, disqualifiante par nature dans ce domaine, et quels que soient les ricanements de professionnels. La notion d'effet placebo et le refus de son utilisation par le patient pour expliquer sa guérison renvoient donc bien à un rapport de force construit entre les thérapeutes et les patients: les uns et les autres ne peuvent pas épouser le même point de vue sur la guérison ou l'amélioration survenue dans ce cadre.

A noção mesma de intervenção é rejeitada, mantida fora do campo de legitimidade e de interesse. Contudo, realiza-se de fato uma intervenção potente no sentido da desqualificação de determinados saberes. Um dos traços mais marcantes do laboratório contra-placebo é que ele estabelece como condição de seu funcionamento a exclusão do ponto de vista do paciente ou futuro usuário. Há uma relação de forças no procedimento de duplo-cego que termina por exercer tal exclusão. Na história da psicologia, o duplo-cego serve à racionalização e à cientifização de situações de ambiguidade e indecidibilidade. Já no caso da produção do medicamento, ele atende à necessidade de se decidir acerca da eficácia terapêutica da substância, deixando de lado as teorias, hipóteses e concepções que remetam à experiência do participante do experimento.

Em que se pesem as diferenças do uso do duplo cego no laboratório de estudo contra-placebo e na produção científica, cabe ressaltar que ele é um procedimento típico da modernidade. Em relação especificamente à produção de conhecimento, a atitude moderna entende que conhecer envolve depurar: no conhecimento estão isolados tudo aquilo que se pressupõe como originariamente separado. Assim, promovem-se separações entre aquele que conhece e aquilo que é conhecido, entre a racionalidade e a irracionalidade, entre a natureza e a experiência, assim por diante. Essa atitude definiu em grande medida o que é, hoje, a análise na produção de conhecimento. Nessa separação, elegem-se os elementos nobres e legítimos, enquanto o “resto” passa a reunir muitos aspectos diferentes, que são então tratados como homogêneos e julgados como desinteressantes⁶.

Isabelle Stengers⁷ afirma que é uma característica típica da modernidade o incômodo com situações nas quais é difícil atribuir responsabilidades individuais. A indefinição e a incerteza demandam um princípio de julgamento, que permita a separação estrita entre suas presumidas partes componentes. Acompanhando Whitehead (2004), Stengers mostra que a modernidade se vale da bifurcação da natureza como uma espécie de garantia contra a irracionalidade, esforçando-se por “consertar” a indefinição e a perda de fronteiras. Para Whitehead (2004; WAHL, 1932), a bifurcação da natureza corresponde à noção implícita de que há uma separação entre qualidades primárias e qualidades secundárias, ou seja, entre a natureza existente de maneira independente de um observador e a experiência, composta de qualidades dependentes deste observador e de sua subjetividade. A bifurcação da natureza corresponde à crença, disseminada na filosofia ocidental, de que há uma diferença radical entre o aparente e o real – crença que pode se expressar tanto em uma doutrina objetivista quanto, igualmente, em uma doutrina subjetivista (WAHL, 1932; RENAULT, 2010). Whitehead observa que tal separação entre natureza e espírito inicia-se com Descartes, para quem as substâncias materiais e as substâncias mentais seriam completamente exteriores umas às outras, com existências independentes:

⁶ Na pesquisa sobre as falsas lembranças, nosso grupo de pesquisa interessou-se justamente pelo que se apresentava como um “resto” para a psicologia da cognição: “Percebemos o debate atual [*sobre as falsas lembranças*] como interessante para pensarmos a questão da experiência porque explicita um ponto de vista que, em prol da noção de acurácia, sistematicamente trata a experiência subjetiva de lembrar como um resto. A estratégia enativa retomou esse “resto”, permitindo uma abordagem complementar que ressalte tanto a dimensão da experiência subjetiva quanto o caráter ético-político dos estudos da cognição.” (EIRADO et al, 2010, p. 92).

⁷ Notas de aula do curso “*Questions de théorie de la connaissance*”, ministrado por STENGERS, I. no segundo semestre de 2013 na ULB (Université Libre de Bruxelles).;

Cette séparation tranchée entre la nature et la vie a eu pour effet d’empoisonner toute la philosophie ultérieure. Même quand on abandonne l’existence coordonnée des deux types d’actualités, il n’y a pas proprement fusion des deux dans la plupart des écoles modernes de pensée. Pour certains, la nature est pure apparence et l’esprit la seule réalité. Pour d’autres, la nature physique est la seule réalité et l’esprit un épiphénomène. Et ces expressions ‘pure apparence’ et ‘épiphénomène’ sont évidemment porteuses de l’implication du peu d’importance que l’on accorde à la compréhension de la nature finale des choses. (WHITEHEAD, 2004, p.168)

Para Whitehead, contudo, nem natureza nem espírito podem ser compreendidos isoladamente. Natureza e espírito são intrínsecos um ao outro, originariamente fusionados; toda separação entre eles é secundária. A teoria da enação de Francisco Varela está, sob este aspecto, próxima do pensamento de Whitehead (RENAULT, 2010). Para a enação, sujeito que observa e mundo observado constituem-se mutuamente, sendo originariamente inseparáveis.

De acordo com Stengers, a bifurcação da natureza denunciada por Whitehead funciona como um princípio de julgamento a partir do qual se define o que é verdadeiro e importante em oposição a um “resto”, secundário e redutível a outros elementos. Esta decisão não se dá de uma vez por todas; ela é polêmica, fruto de controvérsias e se produz diferentemente a cada momento histórico e no interior de cada ciência. No caso da psicologia experimental, como vimos, é com frequência a experiência mesma quem se constitui como um resto (EIRADO *et al.*, 2010). Em situações de ambiguidade ou complexidade (como a do cavalo Hans, por exemplo), reenvia-se à subjetividade os elementos que escapam ao controle e à racionalização (tais como a influência do pesquisador, por exemplo, que deve doravante ser eliminada das pesquisas). A bifurcação da natureza comparece, assim, como uma tentativa de responder à questão acerca da responsabilidade: quem é o responsável pelos acertos do cavalo Hans? Quem é responsável pela cura de uma doença? Para esta última pergunta, há, de um lado, o medicamento; de outro, substâncias ineficazes, perigosas e o risco do charlatanismo.

Assim, a ciência e a técnica modernas empregam procedimentos de análise que, ao mesmo tempo, emitem um juízo e realizam uma separação entre o que seria verdadeiramente importante e o “resto”. Analisar uma situação indefinida equivaleria a julgar se as (presumidas) partes componentes são ou não relevantes e se atuam como causas do fenômeno observado.

Retomando a cadeia de produção do medicamento, é importante assinalar que, desde o início, há uma lógica de responsabilização e de delimitação de causas que se manifesta, com espantosa similitude, ao final do processo, junto aos usuários e familiares, consumidores do produto. Em ambas as pontas da cadeia, responde-se a situações de indefinição e de aparente irracionalidade de modo a tornar ilegítimos determinados saberes e experiências. Na etapa inicial da construção do medicamento, o efeito placebo é figura chave para compreender esse processo (PIGNARRE, 1997, p.65):

La notion d'effet placebo est un monstre: elle illustre la diversité des modes de guérison tout un interdisant de les cultiver comme savoirs multiples, en interdisant l'invention d'une transmission de savoirs sur ces sujets, puisqu'elle déplace notre regard en nous situant dans une perspective qui fait de l'effet placebo une sorte d'angle mort.

A supressão de outros saberes é uma das faces da relação de forças presente no laboratório de estudo contra-placebo. Outra face é a transformação do paciente em *caso*. O *caso* é a designação em termos estatísticos dos resultados obtidos pelo laboratório. O paciente é descontextualizado para que se formem conjuntos molares⁸, gregários, de casos. Constrói-se, ainda no laboratório, o caso como ferramenta de abstração e universalização: o medicamento será eficaz para todo e qualquer um que se enquadre no “caso” ao qual ele se endereça.

Portanto, o laboratório de estudo contra-placebo, embora não seja produtor de conhecimento, é produtor de racionalidade. De acordo com Pignarre, o ponto de vista que se cria aí implica a supressão de todos os outros pontos de vista. Também aqui há uma relação de similitude com o que encontramos ao final da cadeia de produção do medicamento, entre usuários e familiares: seus saberes e experiências não são reconhecidos como igualmente legítimos em relação aos saberes técnicos. A análise de Pignarre mostra que essa situação não é fruto de uma falha moral de um indivíduo ou de um grupo, mas o efeito de um mecanismo de produção, ou seja, é um efeito da construção social realizada pelo objeto-medicamento.

Uma vez comprovado que a eficácia de uma determinada substância é superior à de seu efeito placebo, surge como peça fundamental da cadeia de produção a figura do

⁸ O termo “molar” remete, aqui, à obra de Deleuze e Guattari, em especial a “O anti-Édipo” (DELEUZE, G; GUATARRI, F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: Ed. 34, 2010).

farmacêutico. Ele é um “preparador” ausente e invisível aos olhos dos consumidores, que confere ao medicamento seu caráter indiferente às relações interpessoais. A indústria farmacêutica descola o medicamento tanto de um médico em particular quanto de um paciente singular, produzindo sua universalização. Consolida-se, através dele, a substituição do *paciente individual* pelo *caso* estatisticamente significativo. O caráter abstrato e universal do medicamento é reforçado e, conseqüentemente, reforça-se a universalização dos seus destinatários. É apenas mais tarde, através de uma intrincada maquinaria de produção, que há uma reindividualização do paciente e o seu isolamento. A indústria farmacêutica é, assim, fundamental na “socialisation de la molécule” (PIGNARRE, 1997, p. 43).

Tal socialização é fundamental porque o medicamento é construído como um objeto perigoso. O medicamento moderno não está distante da ideia de *pharmakon* dos gregos, segundo a qual a mesma substância pode ser benéfica ou prejudicial, a depender de sua forma de utilização e dosagem. Nesse cenário, o farmacêutico é o especialista na confecção de substâncias seguras. É ele quem detém o conhecimento necessário à elaboração do medicamento, manipulando-o ponderadamente e dosando os riscos.

Além disso, o farmacêutico desempenha o papel fundamental de terceiro elemento entre o médico e o paciente, interpondo-se em uma relação interpessoal que poderia trazer de volta os elementos de influência e sugestão que se desejava deixar para trás com o estudo contra-placebo. O farmacêutico é quem assegura que o medicamento é benéfico por suas propriedades intrínsecas, independentemente de quaisquer outros elementos, seja da personalidade do médico, seja da individualidade do paciente. O objeto-medicamento constitui-se de modo a vetar a coincidência entre as figuras do médico e daquele que prepara o medicamento, ou seja, o médico prescritor nunca é o responsável pela fabricação do medicamento.

O farmacêutico, assim, é uma figura relativamente discreta na cadeia de produção, ainda que absolutamente fundamental. O laboratório de estudo contra-placebo conta com a participação de uma grande equipe multidisciplinar, na qual se negociam os mais diferentes interesses: médicos, pacientes, representantes da indústria, representantes do Estado, químicos, físicos... Quando o medicamento sai do laboratório, no entanto, ele chega a uma esfera bem mais restrita, contando com o saber desse especialista para só então, finalmente, alcançar o mercado.

O mercado de medicamentos é, em diversos sentidos, muito diferente do mercado “comum”. Como Pignarre assinala, por mais diversas que sejam as regras para a

comercialização de medicamentos em cada país, não há nenhum caso no mundo em que eles não sejam submetidos a regras especiais de circulação e a uma legislação própria, diferente das que concernem a outras mercadorias. Em nenhum caso, é um mercado livre. No caso do Brasil, o Estado exerce uma atividade regulatória de destaque, estabelecendo, por exemplo, limites de preços, regulamentando a publicidade e propaganda e estabelecendo exigências sanitárias específicas (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006). Na Cartilha "Medicamento: um direito essencial" (SALAZAR; GROU; SAMPAIO; SCHEFFER, 2006, p.5), afirma-se que

Os medicamentos não são mercadorias como outras quaisquer, pois são destinados à preservação da saúde e da vida. Por isso deveriam estar acessíveis a toda a população. A produção, a distribuição, a propaganda e a comercialização dos medicamentos dependem de condições legais específicas. Assim, não é livre a venda de grande parte dos medicamentos, que necessitam da prescrição de um médico ou de um dentista, assim como todos necessitam de orientação sobre seu uso.

Essa situação especial da mercadoria "medicamento" torna desafiadora a compreensão do funcionamento da indústria farmacêutica, que movimenta impressionantes somas atualmente⁹. Em relação aos psicofármacos, esse cenário inclui também uma crescente patologização de experiências de sofrimento e de dificuldades de adaptação. Ou seja, são transformadas em transtornos – e tratadas com medicamentos – experiências que, há não muito tempo eram tidas como parte integrante da vida de todas as pessoas (FRANCES, 2013). Um dos exemplos disso é o do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Como indica Caliman (2008), atualmente estabeleceu-se uma meta de desempenho ótimo da atenção, exigência tamanha que, por comparação, nos transforma a todos em um pouco desatentos. A fronteira entre os comportamentos patológicos e os saudáveis torna-se cada vez mais tênue, pois a saúde é definida de maneira a tornar-se quase inalcançável¹⁰. Ou seja, o "normal" deixou de ser, atualmente, uma categoria estatística, mas sim uma meta inatingível para a maioria das pessoas (FRANCES, 2013; BELLAHSEN, 2014). Assim, a tristeza ou a angústia passam a ser tidas como sintomas, por exemplo, do transtorno depressivo, e não mais como aspectos comuns de nossas existências – e "comuns", aqui, em múltiplos sentidos

⁹ De acordo com o IMS-Health (2013), estima-se que os gastos globais com medicamentos alcançarão 1.2 trilhões de dólares em 2017.

¹⁰ Trata-se de um risco ou de uma apropriação indevida da ideia de ampliar a definição de saúde, que passa a servir de ferramenta ao controle das populações e aos discursos de incentivo à produtividade. Nesse sentido, autores como Bellahsen (2014, p.98) afirmam que "En tant qu'instigatrice d'une illusion de bien-être et d'un monde contemporain positif, la notion de santé mentale est à récuser".

do termo, inclusive o da sua possibilidade de compartilhamento. Entende-se, enfim, que esses sintomas devem ser “tratados” (e não compreendidos, partilhados, experimentados), o que na prática significa, prioritariamente, medicá-los.

A produção social de patologias e a proliferação de categorias diagnósticas de transtornos mentais é parte desse contexto de lucros crescentes para a indústria farmacêutica (FRANCES, 2013). Vaz e Portugal (2012) ressaltam que as características especiais do mercado de medicamentos poderiam induzir ao erro de conceber esses produtos como estando fora do contexto da sociedade de consumo¹¹. Esses autores nos apontam, contudo, que também os medicamentos são alvos de estratégias de *marketing* e geram nichos de mercado, ainda que através de mecanismos diversos dos habituais. Assim, ao invés de vender diretamente o produto (o medicamento), as indústrias farmacêuticas trabalham para favorecer a “venda” das doenças, ampliando as fronteiras das categorias diagnósticas e delimitando novos transtornos que acometeriam um número crescente de pessoas. Para isso, não é preciso recorrer à publicidade direta: bastam as reportagens do jornalismo científico. Jornais e revistas de grande circulação desempenham papel significativo neste trabalho de proliferação de patologias e na produção de subjetividades (VAZ, 2012). As pessoas são instadas a prestarem atenção aos seus comportamentos, sensações e sentimentos para se autodiagnosticarem e recorrem à ajuda médica especializada, apta a prescrever os medicamentos que se acreditam necessários à saúde.

Já Pignarre, ao invés de destacar o que os medicamentos têm em comum com outras mercadorias, destaca justamente sua especificidade: o medicamento possui apenas valor de uso, não possuindo real valor de troca. Para compreender esta ideia, é preciso compreender, primeiramente, em que consistem as noções de valor de uso e de troca.

Marx (1975) define o valor de uso pela utilidade da própria mercadoria, ou pela importância e significação ligadas ao seu consumo¹². Essa utilidade pode ser atribuída a suas características intrínsecas, tendo, assim, uma conotação qualitativa. Por exemplo, o equipamento de pesca, para um pescador, possui um elevado valor de uso. Já o valor de troca se define a partir do tempo de trabalho socialmente necessário para produzir uma mercadoria. Trata-se de um parâmetro, antes de tudo, quantitativo. Assim, apesar de seu

¹¹ Agradeço a Joana Camelier pelas referências quanto a esse assunto.

¹² Agradeço a Yuliya Shutyak pelos esclarecimentos a esse respeito.

elevado valor de uso para o pescador, o equipamento de pesca pode ter um valor de troca reduzido. De acordo com Marx (1975, p. 24),

O valor de troca aparece de início como a relação quantitativa pela qual os valores de uso de uma espécie se trocam pelos valores de uso de outra. Uma quantidade de tal mercadoria troca-se regularmente por outra tal quantidade de outra mercadoria: é seu valor de troca – relação que varia com tempo e lugar.

O valor de troca refere-se, então, à possibilidade de estabelecer uma equivalência entre mercadorias distintas através de um equivalente universal. Para que o valor de troca exista, é preciso fazer abstração momentânea de seu valor de uso: o valor de uso de uma mercadoria fica em suspenso durante uma troca, permitindo que ele possa ser vendido ou comprado. A maioria das mercadorias passa, assim, por um processo de oscilação entre o valor de uso e o valor de troca quando entra no mercado: o vendedor abstrai o valor de uso da mercadoria ao colocá-la à venda; quando comprada, seu valor de uso toma à frente novamente. Assim, uma mercadoria A pode ser trocada por duas mercadorias B. Essa equivalência é indicativa do valor de troca dessas mercadorias. O valor de troca é diferente do preço de cada uma delas: seus preços podem variar enquanto a proporção da equivalência entre elas se mantém. Da mesma forma, uma mercadoria pode ter um elevado valor de uso, mas não necessariamente um preço elevado (como o pão, por exemplo).

O medicamento é uma mercadoria especial porque seu valor de uso é instável. O valor de uso do medicamento não tem “vida própria”, ele depende do parecer do laboratório de estudo contra-placebo, das mensurações de risco e indicações de uso elaboradas pela indústria farmacêutica e asseguradas, posteriormente, pela prescrição médica. Em sua passagem pelo laboratório contra-placebo, o medicamento universaliza-se diferentemente das outras mercadorias: não há uma equivalência abstrata em relação a outros produtos ou mesmo outros medicamentos, ou seja, ele não possui propriamente um valor de troca, mas apenas valor de uso:

Tout se joue sur la valeur d’usage. Ce n’est pas en entrant sur un marché (d’où résulterait la fixation d’un prix) que la molécule se socialise en médicament. Sa socialisation se fait *directement* par construction de sa valeur d’usage et non pas par construction de sa valeur d’échange, même si, dans les deux cas, il y a augmentation, ou recalcul, de valeur. Cela traduit la puissance du laboratoire de l’étude contre placebo (PIGNARRE, 1997, p.129).

O medicamento se torna universal graças à construção do *caso* no laboratório contra-placebo e torna-se abstrato graças ao fato de ser “inventado” por um “terceiro” (a indústria farmacêutica). Sua abstração e sua universalização não deixam em suspenso o seu valor de uso, ao contrário: o documento técnico final do laboratório de estudo contra-placebo estabelece um “modo de uso” que permanece “colado” ao medicamento durante todo o seu percurso¹³. Enfim, sua entrada no mercado, ao contrário de outras mercadorias, não se faz por uma oscilação entre o valor de uso e o valor de troca. É sempre o valor de uso que está em jogo. Para “simular” o percurso de uma mercadoria normal, o medicamento passa a ser regido por um sistema altamente autoritário, que força a estabilidade do valor de uso (donde advêm a autoridade da prescrição médica e as indicações relativamente estritas de uso por parte da indústria). A fixação do preço do medicamento vem do exterior, em geral por uma medida administrativa ou de Estado. Assim, de acordo com Pignarre (1997, p. 173)

Ce monde de valeurs d'usage tel qu'il est créé par le médicament dans l'accomplissement de sa vie sociale est un monde étrange, extraordinairement technique et autoritaire puisque les processus d'universalisation sont inséparables des qualités techniques des produits. Cela donne tout le pouvoir à ceux qui en sont les 'techniciens' Quand une publicité pour une marchandise dit 'ce produit X est fait pour vous', elle signale par là que rien ne va de soi, que l'on a justement le droit de ne pas y croire et qu'il y faut de l'influence. Personne ne *croit* à la publicité, c'est pourquoi elle est si peu didactique. A l'inverse, quand l'étude contre placebo dit 'ce médicament est fait pour vous', il restera bien peu de marges de négociation pour qu'en bout de chaîne un patient, absent en tant qu'acheteur, puisse peser dans le choix de le refuser ou de le consommer. En cas de refus, il sera vite traité d'irrationnel et tout le système le poussera alors à chercher refuge dans d'autres formes de médecine.

Assim, a produção social do medicamento recusa à experiência dos usuários uma participação legítima no saber sobre a mercadoria que irão consumir. O mundo

¹³ Esse “modo de uso” é contrariado quando ocorre, por exemplo, o que convencionalmente se designa como “uso recreativo” de um medicamento; ele passa, então, a ser tratado pela legislação e pelos agentes de saúde como uma droga ilícita, sendo um dos alvos de preocupação da farmacovigilância. Cf. por exemplo, Mota *et al.*, 2010.

“técnico e autoritário” do medicamento conduz os usuários ao isolamento. Essa recusa da experiência acontece com todos os medicamentos, mas, no caso dos psicotrópicos, ela se soma à posição já desprivilegiada ocupada por aqueles que recebem um diagnóstico psiquiátrico. Aqui, a recusa de um diagnóstico é tida como um sintoma (ao se recusar um diagnóstico, termina-se por confirmá-lo¹⁴).

A especificidade do mercado de fármacos tem, assim, uma consequência importante que está no cerne do problema do isolamento, a partir do qual iniciamos esse tópico: as mercadorias comuns, que se socializam a partir do seu valor de troca, criam um vínculo entre vendedor e comprador que inexistente no caso do mercado de medicamentos. O usuário de medicamentos está submetido à prescrição médica e preso em um sistema cuja autoridade ele só pode questionar sob pena de ser tratado como irracional. O usuário/consumidor de medicamentos está mais isolado do que qualquer outro consumidor de qualquer outra mercadoria, pois ele não tece quaisquer laços sociais com aqueles que fabricam ou vendem o produto que ele consome. De fato, quando se trata de medicamentos, mesmo as categorias de “vendedor” e “comprador” não são inteiramente adequadas. Pignarre sugere a nomenclatura de “quase vendedores” para designar os representantes da indústria farmacêutica, que não são livres como os demais para fazer seus produtos chegarem diretamente às mãos dos consumidores; eles não vendem diretamente a mercadoria e muito menos entram em contato direto com os usuários. Esses últimos, por sua vez, são “quase compradores”, pois dependem totalmente da prescrição médica para obterem o produto, também não possuindo um acesso direto às mercadorias. Trata-se de uma relação bastante inusitada em relação ao que ocorre com todas as outras mercadorias.

Apesar de todas as especificidades do mercado de medicamentos, tudo se passa como se houvesse um verdadeiro mercado em operação. Uma série de procedimentos é necessária à “simulação” de um mercado e todas elas envolvem o médico. Há, aqui, finalmente, a reinserção do médico na cadeia de produção. O médico desempenha o papel de “passador” (“*passeur*”, no original) nessa cadeia, constituindo-se como o intermediário indispensável à passagem do medicamento da indústria às mãos do usuário.

¹⁴ “Paradoxically, from the point of view of the person being diagnosed, saying ‘no’ to the categories of mental illness, though the speaker may wish otherwise, is often taken to mean, constitutively, that the speaker is ‘mentally ill’ and hence not capable of being a proper ‘subject’ at all.” (MARTIN, 2009, p. 131)

Inserindo-se de maneira tardia no processo de produção do medicamento, o médico é “compensado” com uma das características mais importantes do mercado de medicamentos: o monopólio da prescrição. Apenas o médico detém o poder de prescrever um medicamento¹⁵. O instrumento que ele utiliza para tanto é o diagnóstico. Mediar e diagnosticar são atos contíguos, ambos sob a responsabilidade médica, como veremos mais adiante. A atribuição deste poder ao médico exerce efeitos de grandes proporções nas relações entre os atores da rede, isto é, entre os médicos, usuários, familiares e demais membros das equipes de saúde. É importante examinarmos mais detidamente a posição do médico nessa rede.

O médico desempenha um estranho papel nesse mercado de medicamentos – como intermediário, ele lida com dois mundos bem diferentes, o da indústria farmacêutica e o do paciente. Embora os primeiros representem os “vendedores” e os segundos, os “consumidores”, estes mundos nunca se encontram diretamente, face à face. O medicamento circula diferentemente em cada um desses mundos, sempre passando pelas mãos do médico. O contato entre o médico e a indústria farmacêutica se dá, geralmente, em encontros privados inacessíveis aos “quase compradores”: seja em congressos, seja por meio de revistas de circulação restrita, seja, ainda, por meio dos sindicatos, os médicos entram em contato com os lançamentos da indústria farmacêutica na ausência dos futuros consumidores. Na esfera privada, há, ainda, os tão frequentes encontros entre representantes farmacêuticos e os médicos nos consultórios. Esses encontros simulam a rapidez do mercado “normal”, pretendendo-se rápidos e objetivos: são encontros de negócios. No entanto, não há uma troca financeira direta, explícita: os médicos recebem apenas amostras de medicamentos¹⁶; os representantes receberão comissões apenas de seus empregadores. Os representantes farmacêuticos não se comportam francamente como vendedores nessas ocasiões; eles se apresentam como porta-vozes de descobertas científicas – isto é, eles apresentam o valor de uso dos medicamentos. Outra característica que diferencia estes encontros de uma troca comercial comum é a ausência da mercadoria ela mesma: o medicamento, quando

¹⁵ No Brasil, os dentistas também estão aptos a prescrever medicações.

¹⁶ Abertamente, os médicos não podem receber quaisquer recompensas das indústrias farmacêuticas, embora sejam frequentes as denúncias de assédio das indústrias que oferecem todo tipo de benefícios aos médicos, como hospedagens em hotéis por ocasião de congressos, presentes, etc. No Brasil, há uma resolução do Conselho Federal de Medicina (numero 1.595/2000) que proíbe a vinculação da prescrição médica ao recebimento de vantagens materiais oferecidas por laboratórios farmacêuticos (SALAZAR, GROU, SAMPAIO, SCHEFFER, 2006). No entanto, mesmo a ocorrência dessas práticas de recompensa não descaracteriza a estranha especificidade do mercado de medicamentos, pois o médico não ocupa propriamente a posição nem de consumidor nem de vendedor.

presente, comparece sob a forma de amostras, necessariamente gratuitas. No Brasil, os encontros entre representantes farmacêuticos e médicos é um fenômeno cada vez mais recorrente nos consultórios privados. Em relação à situação da rede pública, no entanto, a circulação de medicamentos apresenta algumas peculiaridades.

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a distribuição gratuita de medicamentos aos usuários. Para tanto, os equipamentos públicos de saúde devem contar com o abastecimento de medicamentos considerados essenciais. Tais medicamentos são aqueles que constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), lista periodicamente revisada¹⁷ e que conta com os pareceres de gestores regionais.¹⁸ Tais medicamentos devem ser adquiridos pelos gestores através de laboratórios particulares (geralmente multinacionais) ou de laboratórios públicos estatais (SALAZAR, GROU, SAMPAIO, SCHEFFER, 2006). A rede oficial de laboratórios públicos é insuficiente para garantir o abastecimento do país - Salazar, Grou, Sampaio e Scheffer (2006) mencionam, na época de seu estudo, a existência de 16 laboratórios estatais -, o que obriga o SUS a adquirir a maior parte dos medicamentos nos laboratórios privados.

Outra peculiaridade na rede pública de saúde é a sua relação com as patentes estabelecidas pelos laboratórios. Como indica Pignarre, o processo de socialização da molécula supõe a existência de uma temporalidade ou ritmos próprios ligados às patentes. Elas estabelecem uma contagem regressiva relativa à exclusividade de um laboratório sobre uma determinada substância. Durante certo período de tempo, apenas um determinado laboratório possui o direito sobre a substância. A patente exerce, assim, a função de reguladora do mercado, ritmando a entrada dos medicamentos na vida comercial. Devido à existência de diversas patentes em vigor, o SUS também se vê obrigado a comprar os medicamentos de um determinado laboratório, frequentemente um laboratório multinacional. Salazar, Grou, Sampaio e Scheffer (2006, p. 14) indicam,

¹⁷ A 8ª edição do Rename é de 2013 Cf. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : Rename 2013/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 8. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 200 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ODAF/rename_2013.pdf

¹⁸ Pode ser um trabalho interessante investigar os critérios utilizados na construção dessa lista, o que foge ao escopo deste trabalho. A revisão de 2008 do Rename afirma: “a revisão da Rename se baseou fundamentalmente no conceito de medicamento essencial, na 15ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (2007), no paradigma da medicina baseada em evidências que utiliza preferentemente estudos de nível I (ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises), com adequado desenho metodológico e poder estatístico, com avaliação de desfechos primordiais, com relevância clínica e aplicabilidade às condições nacionais. Além disso, também se considerou aqueles com menores riscos, de menor custo, que atendem quadros epidemiológicos do país e as prioridades em saúde pública, respeitando, quando possível, as indicações dos Programas do Ministério da Saúde”.

ainda, que, “sempre que existir medicamento genérico com preço mais barato que o medicamento de marca, este deve ter a preferência do governo”.

No Brasil, além da baixa produtividade da rede pública de laboratórios, outros fatores afetam a circulação de medicamentos. Esta se vê fortemente marcada pela desigualdade no país e pela precariedade que tão frequentemente atinge o sistema público de saúde¹⁹. Como indicava Milton Santos (2012), a distribuição da rede de serviços que permite aos indivíduos aceder a uma condição de efetiva cidadania – aí incluída a rede de serviços de saúde - é desigual em relação ao conjunto do território nacional. Especificamente em São Pedro da Aldeia, pequena cidade do interior do Estado do Rio de Janeiro, as dificuldades relativas à distribuição de serviços públicos se fazia sentir, com bastante frequência, na falta de medicamentos psiquiátricos na rede pública²⁰. O estoque de medicamentos psiquiátricos de que dispunha o CAPS estava sujeito a diferentes oscilações – como, por exemplo, as agitações políticas referentes às eleições municipais de 2012 e as consequências da troca de gestão em 2013 (período em que a pesquisa estava presente no município). Muitas vezes, esse estoque era insuficiente. Alguns familiares narravam no grupo que, nessas ocasiões, viam-se obrigados a comprar os medicamentos nas farmácias, precisando fazer dívidas. A falta de medicamentos era uma ameaça constante no CAPS e um componente a mais nas discussões a respeito do Guia GAM-BR. Uma das memórias do GIF, do dia 13/09/11, narra um momento anterior ao início do grupo em que pudemos ver como essa situação afetava tanto usuários, quanto seus familiares e a equipe:

¹⁹ De acordo com Salazar Grou, Sampaio e Scheffer (2006, p. 7): “O Brasil é o 9º país do mundo em consumo de medicamentos per capita. Este mercado movimenta no país 10 bilhões de dólares por ano. Mas 50% dos pacientes que precisam de um medicamento não podem comprá-lo. E muitos destes cidadãos também não encontram o remédio na rede pública de saúde e, por isso, adoecem ou abandonam o tratamento. Entre 15 e 20% da população não tem acesso a nenhum tipo de medicamento. Quem ganha mais, compra mais medicamentos nas farmácias: 15% da população mais rica consome 48% dos medicamentos; 34% da população consome 36% dos medicamentos; e 51% da população, os mais pobres, consomem apenas 16% dos medicamentos vendidos no país. Segundo o IBGE, os gastos com saúde aparecem em quarto lugar entre os gastos familiares do brasileiro. Ficam atrás apenas dos gastos com habitação, alimentação e transporte. A maior parcela desses gastos é representada pela compra de medicamentos, sendo que esse item chega a comprometer 90% dos gastos em saúde das camadas mais pobres da população.”

²⁰ Ainda segundo Salazar e colaboradores (2006, p. 17), “O problema não é novidade para ninguém. Segundo um levantamento do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), mais da metade dos brasileiros que já precisaram de medicamentos afirma que não encontrou no SUS o remédio prescrito. Outra pesquisa realizada pelo Idec em 11 cidades no país, confirmou a falta de medicamentos essenciais nos postos de saúde” No segundo semestre de 2014, a rede de saúde mental de Niterói/RJ enfrentou uma severa crise no abastecimento de medicamentos, que ganhou relativa visibilidade na imprensa. Cf., por exemplo, O GLOBO, “Falta de medicamentos persiste nas unidades de saúde mental de Niterói”, 25/11/2014, disponível em <http://oglobo.globo.com/rio/bairros/falta-de-medicamentos-persiste-nas-unidades-de-saude-mental-de-niteroi-14630187>.

Foi nesse momento inicial que Adriana, usuária, entrou na sala, pedindo licença a mim e à Júlia para falar com a mãe (Maria Zilma) sobre remédios. Quando me dei conta, Fátima (psicóloga então diretora do CAPS) também já estava na sala, falando com Maria Zilma e segurando uns papéis. Não estava entendendo muito bem o que ela estava dizendo e depois de algum tempo, Fátima pediu desculpas por ter interrompido a reunião e entrou sem pedir licença²¹, e começou a explicar o motivo de estar ali: estava conversando com Maria Zilma sobre a falta de remédios no CAPS. Adriana ajudou a explicar que a mãe já tinha comprado alguns dos remédios de que ela precisava (haldol e o “remédio laranja”, que é ampicilil), mas elas queriam saber se tinha fenegan no CAPS. Não tinha. Algumas pessoas do grupo comentaram sobre o preço dos remédios: calculando, cada comprimido de haldol saía bem caro... (...) Júlia questionou Fátima, incluindo o restante do grupo na conversa, sobre os motivos dessa situação com os remédios e o que poderia ser feito. Fátima explicou que este era um problema enfrentado em vários municípios, mas que São Pedro, por ser um município pobre, não tinha condições de cobrir essa falta de remédios por conta própria (como fazia Cabo Frio, por exemplo). Segundo ela, ela pressiona a prefeitura, faz drama, exagera, mas há muita burocracia e lentidão até que as coisas se resolvam. Segundo ela, tudo vai acabar caindo em cima da prefeitura. Rosinete (participante do GIF e irmã de um usuário) se preocupa com a questão da medicação na RT (Residência Terapêutica) e pergunta se também lá a distribuição de remédios é como no CAPS, o que Fátima confirma. Fátima diz, ainda, que Sara (terapeuta ocupacional, participante do GIU) estava avisando que amanhã é dia de assembleia (ela está se dirigindo ao grupo com este aviso) e que esse será um assunto importante. Adriana, sorrindo, diz que ela ia chamar todo mundo para ir para frente da Prefeitura cantar: “Queremos haldol! Queremos haldol!”. Eu e Júlia rimos e Maria Zilma diz que podia ser uma boa ideia. Fátima diz à Adriana que, dessa vez, ela até que deu uma boa ideia, mesmo. Enquanto isso, um homem estava na porta da sala, segurando uma prescrição. Fátima olhou rapidamente o que dizia o papel e disse “não tem!” e saiu, para que pudéssemos começar o grupo.

²¹ Nessa época, Fátima ainda não era a trabalhadora participante do grupo (esta era Helena, a então assistente social do CAPS)

Essa situação configura uma particularidade importante da estratégia GAM no Brasil. Diferentemente da realidade canadense, no Brasil o próprio acesso ao medicamento não é ainda um direito plenamente assegurado. A ausência de medicamentos era um motivo de angústia para usuários, familiares e equipe. Para os familiares, como vimos, o medicamento era visto como a maneira mais segura de evitar crises. Para a equipe, o medicamento também era tido como imprescindível, tanto que a discussão proposta pelo Guia, acerca do direito à recusa ao medicamento, era em muitos casos, vista com desconfiança e temor. Era frequente que a equipe manifestasse sua inquietação dizendo, por exemplo, que “paciente sem medicamento está a um passo do surto” (diário de campo do dia 26/06/12). Desse modo, a falta de medicamentos era vivida com grande angústia pela equipe, sobretudo pelos trabalhadores que exerciam funções de gestão. Também aqui, a responsabilidade era vivida como um peso, de forma individualizada.

Paradoxalmente, graças a essa situação de precariedade, tínhamos a oportunidade, no CAPS Casarão da Saúde, de exercer a proposta da GAM de maneira radical. A situação da falta de medicamentos nos forçava a pensar juntos em alternativas e estratégias diante da ausência dos remédios; ela abria espaço a experimentações – mesmo que involuntárias – em torno das mudanças no tratamento medicamentoso²².

O panorama da distribuição de medicamentos na rede de saúde pública afeta os médicos de maneira aguda, devido à sua própria posição na cadeia de produção do medicamento. Muitas vezes, ele se vê na difícil posição de prescritor de uma substância que está indisponível. Essa situação pode acentuar sua sensação de isolamento em relação ao restante da equipe (e pode, também, dar oportunidade a gestos de cuidado extremo, tais como os que testemunhamos em São Pedro da Aldeia, quando o psiquiatra abasteceu o CAPS com as amostras que recebera em seu consultório privado).

É importante observar que, dadas as condições de circulação de medicamentos no Brasil, o médico pode se ver obrigado a prescrever um determinado medicamento em função de sua disponibilidade na rede pública de saúde (quando em sua prática privada, por exemplo, ele dá preferência a outro medicamento ou a outro laboratório). Também o gestor pode ser levado a “improvisar” e demandar medicamentos de acordo com os recursos, insuficientes, de que dispõe.

²² Agradeço ao Dr. Jean-Marie Lemaire por esta observação acerca da oportunidade de discussão e reflexão graças a situações de precariedade que enfrentamos no Brasil (contrastante com a situação da Bélgica, em que a facilidade de acesso aos medicamentos coloca outros desafios para a gestão autônoma).

Em relação à circulação do medicamento entre o médico e o paciente, no entanto, reencontramos no Brasil a situação descrita por Pignarre (1997): ela se insere em uma relação de verticalidade, que separa de maneira radical aquele que toma o medicamento daquele que não o toma, mas que possui o direito exclusivo de prescrevê-lo.

Esse monopólio faz aparecer uma série de mecanismos jurídicos que garantem ao médico a exclusividade da prescrição, ao mesmo tempo em que qualificam como um “resto” todas as outras formas de circulação do medicamento – uso abusivo e perigoso de drogas, exercício ilegal da medicina, charlatanismo. Mesmo o vocabulário utilizado na medicina remete ao universo jurídico, como assinala Pignarre referindo-se ao trabalho de François Dagognet: os termos empregados são “prescrição”, “receita”²³. Toda uma série de componentes jurídicos e legais aparece vinculada a esta particularidade da posição do médico. Dentre todos os membros da equipe de saúde, é ele o legalmente responsável pela medicação. De maneira correlata, toda prescrição medicamentosa que não seja realizada por um médico é ilegal. Muitas outras questões jurídicas vêm se acrescentar em torno da prática médica e do uso da medicação - os termos jurídicos se proliferam. No Brasil, fala-se em “direito” de acesso aos medicamentos, por exemplo (o que está na base da reivindicação legítima da usuária no relato acima). Não podemos esquecer que também a GAM aborda o direito à recusa do tratamento medicamentoso, inserindo-se nesta discussão em torno dos direitos.

O monopólio do direito à prescrição contribui para tornar o médico uma figura especial nas equipes de saúde. A relação entre os médicos e os demais membros da equipe nem sempre é fácil: a hierarquia profissional e as disputas de poder entre corporações fazem parte do cotidiano do trabalho em saúde no Brasil, não sendo exclusividade dos serviços de saúde mental. Dada a forma de circulação do medicamento, nos parece legítimo supor que um dos fatores que contribuem para a construção desse cenário é a própria rede de relações sociais tecida pelos fármacos. Essa posição relativa do médico nas equipes surgia como um tema importante para o GIF. Por ocupar a posição de especialista sobre a medicação, o psiquiatra é uma referência central para os familiares. Ele é visto como um dos principais responsáveis pelo sucesso ou fracasso no tratamento. Essa posição de centralidade dos médicos cria uma situação conflitante nos serviços de saúde mental: embora eles sejam percebidos como fundamentais, não é fácil encontrar com eles para conversar quando surge alguma

²³ Em francês, a palavra “receita” é “*ordonnance*”, que remete à ordem (*ordre*) e a ordenar (*ordonner*).

dúvida ou inquietação sobre o tratamento medicamentoso. Nos serviços de saúde mental, o psiquiatra geralmente está sobrecarregado e dificilmente tem tempo disponível fora dos horários de consultas (que, devido à enorme demanda, costumam ser breves). Frente a esse cenário, é importante destacar que o campo de São Pedro da Aldeia tornou-se especial para a pesquisa-intervenção GAM-BR por ser o único campo que contou com a participação regular do psiquiatra em um dos grupos de intervenção (o GIU).

O GIF, por sua vez, contou com a participação de diversos profissionais não-médicos. A leitura do Guia GAM fazia com que não apenas os familiares conversassem sobre o papel dos psiquiatras no tratamento: também os demais trabalhadores que participavam do grupo refletiam sobre essa questão. Bruno, auxiliar de enfermagem do CAPS, que participou brevemente do GIF ao final de 2012, indicava com frequência a pertinência dessa discussão para o tratamento em saúde mental. Bruno possuía uma relação muito próxima com os usuários e suas famílias. Conhecia o cotidiano de cada um deles, seu círculo de relações, seu histórico de tratamento. Era visto como um dos trabalhadores mais acessíveis às famílias, sendo aquele a quem elas recorriam em situações de emergência ou crise. Na imensa maioria das vezes, o manejo de emergências envolvia a utilização de medicamentos, sendo Bruno quem os administrava. Ele estava, portanto, familiarizado com as medicações mais utilizadas no serviço. A discussão sobre a gestão autônoma de medicamentos o mobilizava, pois nas ocasiões de urgência em que era convocado, ele devia administrar medicações (normalmente por via intravenosa) quando as chances de exercício da autonomia eram mínimas para todos os envolvidos. A associação entre medicamentos e autonomia, portanto, era algo que lhe parecia bem distante da (sua) prática.

Durante as conversas no GIF, Bruno dizia ter uma excelente relação com os médicos do CAPS e do Ambulatório de Saúde Mental do Município. No entanto, ele achava importante indicar que em nem todas as equipes a relação com os médicos é fácil. No encontro do dia 23/10/12, por exemplo, relemos o texto introdutório à segunda parte do Guia (**Um caminho para mudanças**)²⁴. Este texto reafirma a importância de conversar sobre o tratamento com os membros da equipe, lembrando que muitas vezes isso não acontece pois os usuários podem ter medo de serem repreendidos ou incompreendidos. A pergunta que sucede ao texto é “Como foi para você conversar

²⁴ Cf. Guia GAM-BR, página 78.

neste grupo sobre seus remédios e seu tratamento?”. Essa pergunta deu início a uma conversa sobre a hierarquia entre os saberes, levando o grupo a afirmar que nenhum saber pode se substituir a outro. Lorena e eu reafirmamos a importância dos saberes dos usuários e familiares, lembrando que eles são a base do projeto GAM. Surge uma conversa também sobre a questão de saber ler e escrever. Marli tem orgulho de seus filhos, que estudaram. Estávamos presentes Marli, Leonor, Vera, Edmeia, Izaura, Bruno, Lorena e eu. Nesse contexto, Bruno afirma que ²⁵ “*O médico não é um bicho de sete cabeças, embora alguns possam até parecer...*”. Ele diz que em determinadas ocasiões os médicos dependem do saber do auxiliar de enfermagem, mas só admitem isso com muita relutância. Muitas vezes, os trabalhadores se organizam na equipe de forma a disputar o reconhecimento das outras categorias profissionais, deixando um determinado trabalhador sozinho em uma situação difícil (geralmente o médico), até que este reconheça precisar de ajuda. Bruno indica, ainda, que a própria formação dos profissionais de saúde induz à hierarquização profissional. Se, de um lado, os enfermeiros são geralmente vistos como “médicos frustrados”, por outro, na faculdade de enfermagem alguns professores tendem a apontar para os alunos que, dali por diante, técnicos e auxiliares passariam a ser seus subordinados, o que reproduz as práticas de sujeição a que os próprios enfermeiros se veem submetidos.

Durante essa conversa, alguém no grupo lembra a questão legal que envolve a prática da medicina. Marli diz que, ocasionalmente, ouvimos casos de pessoas presas por exercício ilegal da profissão. Bruno conta que em outro lugar onde já trabalhara (um serviço de saúde geral), um médico quisera lhe emprestar seu carimbo, transferindo-lhe a responsabilidade da prescrição de medicamentos em um caso que parecia ser “de especialidade da saúde mental”. Embora Bruno de fato conheça bem a medicação utilizada em psiquiatria, ele se recusou a assumir esse papel, tendo em vista todo o aparato legal que envolve o ato de medicar; a primeira coisa que lhe ocorreu foi a consequência negativa de uma possível fiscalização, quando um juiz poderia comparar as letras das prescrições e responsabilizá-lo legalmente caso houvesse algum problema futuro com o paciente.

A validação do Guia GAM-BR nos mostra, assim, que não são apenas os usuários e familiares que sentem dificuldade para conversar sobre a condução do tratamento medicamentoso. Com frequência, também há grande dificuldade para que os

²⁵ Notas a partir da transcrição do registro em áudio do encontro.

membros da equipe conversem entre si. Um dos importantes efeitos da pesquisa-intervenção está, assim, no fato de abrir espaço a uma análise das práticas de trabalho: a inclusão dos saberes dos usuários e familiares interroga a equipe e a obriga a se reorganizar.

Assim, o monopólio médico em relação à prescrição de medicamentos ganha, na repartição de responsabilidades em voga nas equipes, uma conotação jurídica. Muitas vezes, vem reafirmar a hierarquia entre as profissões e os saberes, conferindo um caráter de “resto” a outras práticas e experiências de cuidado. De modo coextensivo, esta mesma condição confere ao médico uma posição de isolamento em relação ao restante da equipe e impõe uma constante vigilância pairando sob sua prática, revestida de um caráter legal.

Todo esse mecanismo funciona apesar das vontades pessoais dos trabalhadores. Ou seja, não se trata de culpar individualmente este ou aquele trabalhador ou transformar o psiquiatra em um “vilão” do trabalho em equipe (como não é raro que aconteça no campo da saúde mental). Contudo, apesar desse mecanismo de produção em certa medida impessoal, tudo se passa como se os medicamentos fossem objetos inertes, a serem apreendidos e manejados por especialistas que decidiriam individualmente o que fazer – os aspectos técnicos caberiam aos médicos, enquanto os aspectos sociais e simbólicos caberiam aos assistentes sociais e psicólogos. A intervenção suscitada pela leitura do Guia GAM-BR visa a desestabilizar esse cenário, apontando para a produção social do medicamento nessa repartição de responsabilidades e convidando a uma produção de conhecimento que não esteja baseada em saberes especialistas.

É importante considerar, como vimos um pouco acima, que a prescrição de medicamentos se apoia sobre um dos pilares da prática médica: o diagnóstico. Toda prescrição está associada a um diagnóstico que liga as queixas de alguém a uma nova identidade. Pignarre (1997) indica que é justamente pela prática do diagnóstico que a reindividualização do paciente pode ocorrer. Se, graças ao laboratório de estudo contra-placebo e à indústria farmacêutica, os pacientes eram agrupados em conjuntos molares, através do médico eles poderão sofrer uma singularização, pela via do par “diagnóstico-prescrição”, ainda remetendo o paciente individual ao caso delineado pelo laboratório de estudo contra-placebo. A operação de diagnóstico individualiza, reforçando o isolamento e a impotência do usuário de medicamentos.

A questão do diagnóstico é imensamente significativa em saúde mental²⁶. A psiquiatria é um dos domínios da medicina em que o papel dos medicamentos na definição de categorias diagnósticas é mais evidente. Pignarre (1997; 2012) relembra que cada novo medicamento desenvolvido tem o poder de redefinir e reorganizar as categorias diagnósticas, alterando suas classificações e limites. É frequente que primeiro se descubra a ação de uma determinada substância, para só então surgir a categoria diagnóstica para a qual ela se aplicará. Como indica Pignarre (2012), algumas das substâncias mais utilizadas hoje em psiquiatria foram descobertas por acaso. Foi necessário fabricar uma indicação de uso para a substância (no caso discutido, a imipramina) capaz de criar um mercado para ela (o transtorno depressivo). Ou seja, as substâncias redefiniram (e continuam redefinindo) as fronteiras diagnósticas: novas substâncias produzem novas indicações. A descoberta casual da ação de uma substância acontece também em outras áreas da medicina, mas em psiquiatria esse fato ganha relevo porque não há testes ou exames biomédicos capazes de diagnosticar os chamados “transtornos mentais”²⁷. Em saúde mental, não se têm clareza acerca da etiologia dos sintomas, conhecendo-se tão somente o efeito das substâncias sobre eles - e, mesmo acerca das substâncias, sabe-se mais sobre sua eficácia do que sobre o porquê ou como elas funcionam (LUHRMANN, 2001).

A classificação dos transtornos e a criação de categorias diagnósticas acompanha a categorização das substâncias a partir de seus efeitos sobre os sintomas; acompanha, portanto, o trabalho dos laboratórios de estudo contra-placebo.

O diagnóstico em psiquiatria é, como muitas outras questões ligadas à saúde mental, repleto de ambiguidades e complexidade. Para os familiares, o diagnóstico representa muitas vezes um alívio, pois dá um nome a situações extremamente angustiantes e indefinidas. Por outro lado, impõe uma marca que também traz sua dose de sofrimento, gerando limitações e preconceito. Do ponto de vista das equipes, como indica Luhrmann (2001), a questão dos diagnósticos não é vital para o modelo psicodinâmico de tratamento, mas o é para o modelo biomédico. Para este último, tornar os diagnósticos mais precisos e descobrir seus mecanismos neurobiológicos representa presumidamente o mais importante avanço científico na área. Conta-se em grande

²⁶ Agradeço a Williana Louzada as conversas sobre o tema.

²⁷ Esse fato é amplamente reconhecido em psiquiatria, donde advém seu interesse pelos critérios ditos “fenomenológicos” de diagnóstico, tais como os que constam no DSM-IV. É com esse artifício que o sistema de classificação diagnóstica ganha a possibilidade (imprescindível a todo discurso que se queira científico) de ser partilhado de maneira relativamente consensual. Cf. Luhrmann (2001) e Frances (2013).

medida com a ação das substâncias para se alcançar maior precisão diagnóstica. Apesar do conhecimento científico relativamente pequeno sobre os mecanismos subjacentes à ação dos medicamentos, é a psicofarmacologia quem tem ditado o futuro da psiquiatria. É nessa área onde se concentram as pesquisas e se alocam a maior parte dos recursos e do financiamento. A psiquiatria tende a ser vista, de maneira cada vez mais frequente, como um braço da neurociência. Esses dois modelos contrastantes de tratamento, o psicodinâmico e o biomédico, convivem de forma paralela nos serviços ainda hoje, apesar da progressiva perda de importância do primeiro. No Rio de Janeiro, em serviços de saúde mental mais francamente orientados pelo modelo psicanalítico, diagnosticar é um procedimento secundário. Quando são realizados, os diagnósticos são tão genéricos que, por si mesmos, dizem pouco sobre a condução do tratamento de um determinado caso.

Esse cenário pode provocar a falsa impressão de que a psiquiatria orientada pelo modelo biomédico prescreve medicações apenas com base em diagnósticos claros. Na maioria das vezes, no entanto, não é assim: inicia-se o tratamento medicamentoso com base na sintomatologia e é a resposta ao tratamento que vai definir o diagnóstico. Por exemplo, se alguém não responde ao tratamento com lítio, ele será provavelmente diagnosticado como esquizofrênico ao invés de bipolar. Ou seja, uma hipótese diagnóstica pode ou não ser confirmada pela ação de um medicamento. Além disso, é comum que apenas o diagnóstico não seja capaz de precisar a medicação a ser empregada: em muitos casos, é preciso combinar vários remédios e ajustes de dosagens, em um verdadeiro coquetel mais ou menos individualizado, até encontrar uma combinação que funcione. Esse é um procedimento que costuma levar tempo e exige disponibilidade do médico, do usuário e de sua família. Por fim, é importante lembrar, ainda, que a maior parte dos medicamentos têm ações pouco específicas, agindo sobre sintomas que atravessam diferentes categorias diagnósticas. Desse modo, a relação entre diagnóstico e medicação, embora íntima, está longe de ser linear ou evidente.

Portanto, afirmar a importância do vínculo entre a prescrição de medicamentos e o gesto diagnóstico não significa dizer que este último ocorra cotidianamente nos serviços por meio de critérios unívocos, consensuais e claros. As influências se misturam e a experiência de quem faz o diagnóstico desempenha um papel significativo²⁸. Ainda assim, a medicação geralmente está ligada a alguma categoria

²⁸ No tópico 1 do capítulo 2, por exemplo, vimos o caso dos residentes de psiquiatria participantes da pesquisa de adaptação do Guia GAM-BR, para quem a empatia que sentiam em relação ao usuário

diagnóstica e essas, por sua vez, são tributárias do surgimento de novos medicamentos (independentemente do fato de os prescritores reconhecerem ou não esse vínculo em suas práticas habituais).

Outro aspecto fundamental do diagnóstico em psiquiatria (presente também em outras especialidades médicas) é o fato de ele ter, de maneira particularmente sensível, o poder de definir uma identidade. O diagnóstico pode se tornar a principal forma de construir uma identidade, equivalendo a uma redefinição de si e do mundo sob novos termos, nem sempre promissores; o diagnóstico pode, enfim, subsumir todo o horizonte existencial de alguém. Ao mesmo tempo, em contraste, o diagnóstico pode apontar um caminho novo para lidar com experiências incrivelmente perturbadoras. Embora sob determinado ponto de vista o diagnóstico crie isolamento, ele pode também abrir contato com uma nova rede de apoio em situações muito desoladoras. Também aqui, é preciso acolher a multiplicidade de sentidos que se apresentam à experiência.

Durante alguns encontros do GIF, em meados de 2011, a participação de um pai nos instigou e trouxe importantes reflexões sobre essa questão do diagnóstico. Luis Carlos chegara ao grupo pois seu filho, um rapaz no final da adolescência, passara por uma internação no Pronto-Socorro após mostrar-se muito agressivo. Não havia ainda qualquer diagnóstico, mas o pai percebia que o “o comportamento de seu filho estava estranho”. Ele foi ao CAPS buscando ajuda para seu filho, seguindo a indicação da equipe do Pronto-Socorro. No CAPS, o orientaram a ir ao grupo de familiares. Diferentemente dos outros participantes do grupo, que conviviam com as dificuldades de seus filhos e irmãos há anos, esse pai vivia com intensidade situações inteiramente novas para ele. Ele sublinhava o sentimento de estranheza das suas experiências junto a seu filho. Para ele, a questão do diagnóstico era fundamental. Ele trazia ao grupo livros que falavam sobre transtornos mentais, buscando a descrição que mais se aproximasse das vivências de seu filho. Ele interrogava o grupo a respeito de questões importantes, para as quais não tínhamos respostas. Por exemplo, ele perguntava com frequência quais as diferenças entre transtornos mentais, afetivos e espirituais; preocupava-lhe a hipótese de seu filho estar sofrendo de um problema espiritual e ser inadvertidamente medicado (a medicação, nesse caso, poderia ser prejudicial, pois desnecessária). Suas questões interrogavam os limites do tratamento em saúde mental de forma contundente. Quais as

contava como um vetor importante do ato diagnóstico. Esses mesmos residentes disseram que perceber a “unha suja” de um usuário chegando ao serviço podia ajudar a diagnosticar esquizofrenia, denotando falta de cuidado com o corpo que não é característica, por exemplo, do transtorno bipolar.

fronteiras entre religião, espiritualidade e saúde mental²⁹? Como lidar com experiências intensas que ainda não foram interpretadas e incorporadas ao sistema de saúde e por isso se apresentam como que ligeiramente “deslocadas”, incômodas? Essa situação foi bastante difícil porque, à época, não havia trabalhadores participando do GIF. Júlia e eu nos sentíamos aflitas e procurávamos “fazer a ponte” entre o pai, e o filho e o serviço, mas não fomos bem-sucedidas: o pai deixou de frequentar o grupo (e o CAPS) depois de algum tempo, o que nos deixou com o sentimento de não haver conduzido bem a situação. Parte da dificuldade que sentimos estava ligada à complexidade da questão do diagnóstico e aos desafios que ela impõe às práticas em saúde mental.

A dificuldade que vivemos nessa ocasião nos ajudou a mostrar que o diagnóstico pode carregar consigo um estigma e uma redução das possibilidades de criação e invenção de sentidos, mas pode, ao mesmo tempo, oferecer um sentido para determinadas vivências, como escutar vozes. Também a indefinição tem o seu preço. A *Clinique de Concertation*, como vimos anteriormente, refere-se aos usuários dos serviços de psiquiatria como “aqueles que se beneficiam de um diagnóstico em psiquiatria”³⁰. Com essa denominação, ela provoca a reflexão acerca do emprego da categoria diagnóstica: afinal, por que utilizá-la se ela não trouxe nenhum benefício a quem a recebe? Caso se pretenda manter o uso das categorias diagnósticas, é preciso que, em primeiro lugar, se reflita sobre o que ela tem a contribuir.

O trabalho dos grupos de escutadores de vozes é, como vimos no capítulo anterior, um belo exemplo de como a experiência de ouvir vozes pode ser abordada para além do diagnóstico, gerando efeitos existenciais de ampliação de sentidos e possibilidades de criação. Esse é também um dos principais eixos articuladores da

²⁹ Religiosidade e espiritualidade são temas muito controversos na saúde mental e colocam dilemas concretos para os trabalhadores dos serviços públicos que, em nome da laicidade, acabam por deixar de lado as experiências religiosas ou por deslegitimá-las para garantir a adesão ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, serviços orientados por doutrinas religiosas colocam outros desafios, pois, por sua vez, renegam outras práticas de tratamento potencialmente benéficas. Discute-se relativamente pouco esse tema nos serviços, embora ele se apresente cotidianamente: na experiência de muitas pessoas, faz mais sentido falar em “possessão” ou “influência de espíritos” do que em “esquizofrenia”, além de parecer mais benéfico fazer orações em companhia de outros membros da comunidade do que seguir um tratamento estigmatizante. No GIF, as questões religiosas eram recorrentes e havia grande diversidade de orientações religiosas no grupo (católicos, evangélicos e espíritas, sobretudo). Às vezes, uma participante sugeria fazer uma oração em grupo, o que ocasionalmente acontecia após conversarmos se todos os demais participantes estavam de acordo. Sobre a questão da ligação entre saúde mental e igrejas evangélicas nos Estados Unidos, Luhrmann (2014) reproduz, em um artigo publicado no *The New York Times* (“Saving minds along with souls”), a perspectiva de uma usuária: “*I am not defined by my mental illness. I am a person with mental illness, and I am defined by Christ*’.”. Ainda de acordo com Luhrmann, “In a world in which serious mental illness is like a punishing badge, that is a powerful shift. And the safer identity may make it easier for people to accept care.”

³⁰ Cf. nota 1, capítulo 1.

GAM: permitir a ampliação do horizonte existencial para além das fronteiras de um diagnóstico. A valorização da experiência e dos saberes práticos está alinhada à abertura de sentidos e ao exercício de criação de outros destinos (tal como vimos também, no capítulo anterior, ser o trabalho do *Institut Dingdingdong*). No Guia GAM-BR, há a reprodução da fala de um usuário canadense, que afirma: “Eu sou uma pessoa, não uma doença”! Opondo-se ao preconceito e ao estigma, essa frase questiona os sentidos já prontos e a previsibilidade que supomos ligada a um determinado diagnóstico.

No GIF a questão do diagnóstico era recorrente, pois uma grande fonte de angústia para os familiares era não compreenderem em que consistia o diagnóstico recebido por seus parentes: o que significava ser esquizofrênico ou paranoico? Se, por um lado, o diagnóstico podia ajudar a nomear experiências desconhecidas, por outro ele podia se tornar esvaziado de sentido, pois não se ligava a significados conhecidos ou procedimentos práticos que pudessem ajudar no cotidiano. A maior parte dos membros do grupo apoiava-se sobre as categorias diagnósticas para apresentar seus filhos, embora não soubessem o que elas designavam ou em que elas podiam ajudar seus familiares.

As primeiras perguntas do Guia GAM-BR são referentes ao tópico “**Conhecendo um pouco sobre você**”. São elas: “Como você se apresenta para quem quer conhecer um pouco de você?” e “Como as pessoas costumam apresentar você?”³¹. Nesta fase inicial do trabalho, ainda não era claro para os universitários a forma como trabalharíamos com o Guia no GIF. Como vimos, a princípio havíamos imaginado que discutiríamos a pertinência das perguntas, avaliando juntos se elas estavam bem formuladas ou se haveria outras a serem feitas. De fato, foi justamente isso o que acabamos fazendo, seguindo, no entanto, um caminho totalmente imprevisto pelo projeto de pesquisa. Quando lemos essas primeiras perguntas no grupo, as respostas iniciais diziam respeito à forma como os próprios participantes do GIF se apresentariam. Diante da nossa surpresa, acolhemos estas respostas e, em seguida, propusemos um pequeno desvio: como vocês apresentam seus familiares? As respostas que apareceram imediatamente informavam a categoria diagnóstica. Essa resposta era a mais automática em se tratando de um serviço de saúde mental. Em geral, é essa a resposta socialmente esperada no contexto, configurando um automatismo (RENAULT, 2010; RENUIT; PASSOS; EIRADO, *no prelo*). Em seguida, reformulamos a pergunta ainda uma vez: e como você acha que seu filho responderia, ele mesmo, a essa

³¹ Página 12 do Guia GAM-BR.

pergunta? Aqui, as respostas tornaram-se menos evidentes e surgiram dúvidas, hesitações e a curiosidade de perguntar ao filho, quando chegassem em casa, qual seria sua resposta. Podemos dizer essas eram respostas com um maior grau de autonomia, menos automáticas.

Essa sequência de deslocamentos de ponto de vista e hesitações foi fazendo surgir, no grupo, dúvidas quanto ao significado dos diagnósticos e termo classificatórios empregados pela equipe de saúde: o que quer dizer esquizofrenia? Ninguém no grupo sabia explicar muito bem... Uma mãe se lembra de ter visto na televisão uma explicação e diz que é quando *“uma pessoa vai para um lado e para o outro”* e tem a mente dividida em dois. Ela diz ter ouvido isso, mas não entender (memória do dia 05/07/2011). Para outra, essa explicação faz algum sentido em relação à experiência que ela tem com seu filho, pois ele muda muito de ideia em relação às coisas... Outra mãe diz não saber bem o que é paranoia. Mesmo mais tarde, no grupo, as dúvidas em relação ao diagnóstico não cessam de aparecer: em 23/10/12, por exemplo, alguém diz não entender o diagnóstico de seu irmão: esquizofrenia *borderline*. Ela expõe: *“Dizem que [o comportamento recluso] é porque é esquizofrenia borderline, um negócio assim, uma explicação que até hoje eu nunca entendi direito... foge muito, muito da realidade”* (transcrição do áudio).

Esta afirmação, portadora de uma rica equivocidade, nos mostra que o diagnóstico é ao, mesmo tempo, uma tentativa de explicar comportamentos e experiências complexas e angustiantes, mas também uma limitação muito estreita em relação ao que se passa concretamente nas vidas de usuários e familiares. Ao religarmos essa limitação a uma de suas linhas de constituição – o medicamento –, torna-se possível um deslocamento de ponto de vista em relação ao diagnóstico. De uma fatalidade proferida por um médico, um destino traçado ou um termo técnico inacessível, o diagnóstico passa a poder ser considerado como uma categoria complexa, um dos componentes de uma longa cadeia de produção e que pode ganhar novos sentidos a partir das experiências concretas no grupo. O diagnóstico pode ser visto, assim, como a condição para a prescrição medicamentosa, em conexão com determinados sintomas sobre os quais agem as substâncias. Trata-se de algo bem diferente de considerá-lo uma categoria definidora de todas as experiências vividas por alguém. Nesse último caso, o diagnóstico pratica uma síntese de experiências, reunindo sob uma única categoria questões diversas e heterogêneas. Vale lembrar que os transtornos mentais são síndromes, ou seja, são conjuntos de sinais e sintomas; O DSM-IV (AMERICAN

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), por exemplo, enumera vários sinais e sintomas para cada transtorno e exige a presença de um número mínimo (dois ou três deles, em geral) para sugerir o diagnóstico de um caso. Em contraste, a discussão que fizemos em torno do par diagnóstico-medicação e a conversa sobre as categorias diagnósticas no GIF caminham no sentido inverso dessa síntese: ao invés de simplificar, reunindo experiências diferentes sob uma categoria única, “complica-se” a questão e sublinha-se a heterogeneidade. Esse procedimento contribui para definir a análise que praticávamos: ela supunha acompanhar linhas divergentes, cultivar a complexidade das questões e cuidar para não realizar simplificações excessivamente redutoras. Para tanto, a análise também fazia com que mantivéssemos uma atenção ao ritmo dos processos, freando nossa velocidade em criar explicações e “soluções”. A atenção à heterogeneidade demanda tempo. O tema do diagnóstico apresentava-se, no GIF, em íntima relação tanto com a temática central do Guia (o medicamento) quanto com a experiência de isolamento que os familiares frequentemente relatavam no grupo. O desconhecimento em torno das categorias diagnósticas acentuava a sensação de estar sozinho e impotente. O GN (grupo narrativo) realizado no GIF resalta o tema do diagnóstico como uma das discussões mais importantes no grupo até a ocasião em que foi realizado, nos dias 06 e 13 de setembro de 2011 (cf. Anexo III), como indica o seguinte trecho da narrativa:

Nem todo mundo do grupo conhece o diagnóstico dado aos nossos familiares. Às vezes é difícil entender o que está escrito nos laudos. Ficam algumas dúvidas que nem sempre a gente consegue conversar com o médico ou com alguém da equipe. Alguns até sentem vontade de saber mais sobre essas dúvidas, mas nunca perguntaram. Mas é preciso que nos expliquem os diagnósticos em termos leigos, porque nem sempre a gente entende o que as palavras usadas nos diagnósticos querem dizer.

No GN, este trecho foi recebido pelos familiares com uma confirmação ‘morna’, como se ele fosse adequado, mas não apresentasse nenhuma grande novidade em relação ao que já sabiam. Por outro lado, para a trabalhadora presente no grupo, esse trecho causou grande impacto. É importante lembrar que Helena, então assistente social do CAPS, era uma trabalhadora muito dedicada ao grupo e querida pelos familiares. Para ela, foi uma grande surpresa perceber que o diagnóstico não oferecia nenhuma clareza às famílias e, mais ainda, que era difícil conversar sobre isso com a equipe.

Como vimos no capítulo 1, em conversas posteriores com as pesquisadoras universitárias, Helena afirmou querer levar a narrativa do GIF à reunião de equipe, por acreditar que, assim como ela, outros trabalhadores também desconheciam essa experiência dos familiares³². Ela nos disse que, muitas vezes, os trabalhadores têm convicção de estarem fazendo um bom trabalho, mas pode ser que não seja o caso. O contato com o ponto de vista dos familiares permitiu que ela interrogasse e refletisse sobre o trabalho realizado no serviço.

Em uma explicação rápida, seria possível atribuir a sensação de isolamento causada pelo diagnóstico à incompreensão e ao desconhecimento técnico dos termos utilizados (e propor, como solução, medidas educativas de esclarecimento). No entanto, não se tratava apenas de uma questão de compreensão intelectual; tratava-se, antes, de uma experiência de distanciamento entre o diagnóstico e as vivências das famílias. Além disso, como vimos, o ambiente altamente técnico forjado pelo medicamento não é casual: ele é uma exigência social do objeto, que acaba por se refletir também nos diagnósticos.

Para Helena (assim como para muitas famílias), um dos principais benefícios do diagnóstico, para retomar a fórmula da *Clinique de Concertation*, é justamente a possibilidade de obter auxílio financeiro do governo – os benefícios previdenciários concedidos pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) quando comprovada a incapacidade para o trabalho. Daí a importância do tema do diagnóstico para a trabalhadora do grupo, assistente social: o recebimento de um benefício está ligado ao estabelecimento de uma categoria diagnóstica por um médico “parecerista”. Um diagnóstico de esquizofrenia pode, assim, permitir o acesso a um auxílio financeiro fundamental para uma família. No GIF, eram constantes as trocas de informações sobre os processos de demanda dos benefícios e as melhores formas de proceder para consegui-lo. Estrategicamente, as famílias compreendem que é interessante que o usuário se apresente como “um caso grave”, como forma de aceder ao benefício; espera-se “conseguir” diagnósticos favoráveis sob o ponto de vista da obtenção do auxílio. Por outro lado, esses mesmos diagnósticos se tornam também um estigma, dificultando o estabelecimento de novas relações sociais e profissionais (ESTROFF, 1998). Ou seja, o diagnóstico permite o acesso a um benefício social, ao mesmo tempo em que interdita o acesso a outros. Algumas vezes, o diagnóstico é vivido por usuários e familiares como

³² Cabe lembrar que, à época, a relação entre os trabalhadores era tensa e havia muita discordância e conflito entre a gestão e alguns membros da equipe.

um fato inquestionável e como a predição de um futuro não promissor, pois ele nunca se apresenta associado a uma cura. Ele é, portanto, vivido de maneira ambígua. Este foi um importante aprendizado para os universitários participantes da GAM-BR: o questionamento das categorias diagnósticas não se faz em termos de “tudo ou nada”, “contra ou a favor”. Questionar o diagnóstico não é recusá-lo ou afrontá-lo, nem bem aceitá-lo inteiramente; mais uma vez, aqui, cabe analisá-lo, ligá-lo a outras experiências e multiplicar os seus sentidos possíveis. O trabalho com o Guia GAM-BR era, assim, um trabalho de composição.

Tal trabalho de composição procurava lidar com as experiências de isolamento fabricadas, em parte, pela utilização de medicamentos e pelo procedimento do diagnóstico. O diagnóstico possui a capacidade de criar experiências de solidão pois dirige-se diretamente a alguém para lhe definir uma identidade fragilizada e dependente. Como assinala Pignarre (1997, p. 170):

L'opération de diagnostic vient compliquer ce qui fait qu'un individu est différent des autres, et seul. Elle vient confirmer et renforcer sa solitude absolue. Les acteurs eux-mêmes connaissent bien ce problème : ils insistent toujours sur la nécessité d' « entourer » le patient, de « ne pas le laisser seul », de le « soutenir moralement », reconnaissant là qu'une blessure a été infligée

A solidão ligada ao diagnóstico vem se somar ao isolamento do “quase-consumidor” de medicamentos; o usuário de medicamentos psicotrópicos vê-se individualizado por um diagnóstico, consumindo um remédio designado “para ele” e prescrito pela autoridade médica. Ao usuário, enfim, resta uma margem de negociação mínima. A GAM é uma abordagem que busca cultivar e promover a capacidade de negociar, o que equivale a uma perturbação significativa do sistema tal como ele se configura hoje.

Nesse sentido, o GIF representa uma importante contribuição à estratégia GAM-BR, apontando formas de diminuir o isolamento. O GIF, ao incluir as pessoas próximas ao usuário nas discussões sobre a medicação e o diagnóstico, aposta no potencial expansivo das redes de cuidado. A prática da inclusão desorganiza o sistema de repartição de responsabilidades, evidenciando as ressonâncias transversais das nossas práticas. Ao evidenciar as linhas heterogêneas e díspares que compõem os problemas, o GIF ajudava a “complicar” nossas discussões e nos obrigava a pensar.

Não é incomum que, nos serviços de saúde mental, os diagnósticos sejam comunicados apenas aos familiares e não aos usuários (era o caso, por exemplo, de uma participante do GIF, cujo filho não fora comunicado acerca de sua medicação e não frequentava as atividades do CAPS). Assim, o impacto de um diagnóstico fazia-se sentir primeiro nos familiares. Sem excluir todas as outras possíveis razões para as sensações de solidão que apareciam no grupo - que eram muitas e diversas -, o próprio diagnóstico podia ser incluído como mais um participante desse cenário. Se de fato cada um dos participantes do grupo podia enumerar diversos motivos de ordem pessoal para estarem se sentindo sozinhos (falecimento do marido, mudança dos filhos para outras cidades, vizinhos ausentes à exceção da temporada de férias...), havia também alguns componentes comuns a todo o grupo e que raramente eram considerados em outros espaços: a experiência de lidar com um diagnóstico e as experiências com os medicamentos. Igualmente compondo as vivências pessoais dos participantes do grupo, esses pontos geralmente permaneciam fora de seus horizontes de reflexão. Eram elementos isolados em suas experiências. O Guia GAM-BR permitia trazê-los para um debate coletivo, de modo que podíamos avaliar juntos se eles possuíam ou não um papel importante para o grupo. A possibilidade de articular essas questões a outras vivências diminuía um pouco a sobrecarga que familiares e trabalhadores tantas vezes sentiam. Perceber que havia pontos em comum em suas experiências e que nem sempre elas eram causadas por suas próprias histórias pessoais ajudava a aliviar os sentimentos de culpa e a questionar a ideia de que cada dificuldade era uma “cruz” pessoal a ser carregada, imagem recorrente para os familiares. A coletivização do debate permitia reconhecer aspectos em comum, como o do diagnóstico: sentir-se só diante de um diagnóstico não era uma experiência assim tão solitária.

O isolamento, portanto, não é acidental. Ele não é um problema individual de um determinado usuário, nem uma falta moral da equipe de saúde. Quando o medicamento chega enfim ao seu destino, ele já produziu o indivíduo ao qual se endereçará: o paciente, constituído como um personagem frágil, isolado e dependente. Quando as sensações de isolamento e dificuldade são remetidas ao plano coletivo, outros elementos surgem no debate. Muitas vezes, no Brasil, a sensação de isolamento dos familiares é vinculada a falhas no projeto da Reforma Psiquiátrica. Ocasionalmente, essa ideia também comparecia no grupo. Algumas vezes, a Reforma Psiquiátrica era percebida como um obstáculo para que o familiar recebesse ajuda, sendo vista como um impedimento às internações. O familiar sente-se desassistido em momentos de

dificuldade (por exemplo, durante crises ou períodos em que temia o desencadeamento de uma crise de seu parente). No grupo, era frequente nos darmos conta de um desencontro entre o ponto de vista da equipe de saúde e o ponto de vista dos familiares acerca do que era percebido como crise ou caso de internação. Em algumas situações, o convívio diário com os usuários se tornava insustentável; alguns participantes do grupo se queixavam de seus parentes que não acompanhavam seus horários de refeições ou de sono e desorganizavam a rotina da casa. Eram situações que levavam os familiares a desejar um período de internação – a ambiguidade, aqui não é fortuita: a internação refere-se ao usuário, mas representa, também, um período de “trégua” para o familiar, uma ocasião para que ele cuide de sua própria saúde e de seus afazeres. Contudo, nem sempre a equipe do CAPS avalia esses casos como indicações de internação. A definição do que é um caso de internação nem sempre é percebida ou vivenciada da mesma forma pela equipe ou pelos familiares³³. O GIF permitia evidenciar este contraste entre perspectivas e, ao mesmo tempo, suspender o julgamento apressado acerca de quem tem razão. Ao invés de apresentar a questão como um conflito a ser resolvido o mais rapidamente possível, o GIF permitia experimentá-la como um desafio: como articular pontos de vista tão diferentes?³⁴

A aproximação, em termos causais, entre Reforma Psiquiátrica e o isolamento dos familiares ganhou notoriedade no Brasil há alguns anos a partir das críticas do poeta Ferreira Gullar. Pai de dois filhos diagnosticados com esquizofrenia, ele publicou alguns textos criticando a legislação em saúde mental e atribuindo a ela a produção de desassistência e de sobrecarga para os familiares. Em um texto bastante contundente³⁵, publicado em 2009 no jornal Folha de São Paulo, Gullar afirma:

Com os remédios à base de ampicilil, como o Haldol, o paciente não necessita de internações prolongadas. Em geral, a internação se torna necessária porque, em casa, por

³³ Da mesma forma, também a percepção do que seja uma situação de urgência nos serviços de saúde geral difere entre equipe e usuários (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005): nem sempre o que é vivido por alguém como uma situação de urgência (como uma mãe lidando com um bebê com febre, que chora ininterruptamente), é considerado da mesma maneira pela equipe de saúde (o bebê não necessariamente está em risco iminente e pode estar em situação menos grave que a de outros pacientes presentes no serviço). A definição de urgência não é a mesma nos dois casos e a escolha do critério de definição que vai guiar o tratamento nem sempre é simples. O contraste entre pontos de vista acerca das necessidades de saúde é, portanto, recorrente em diversos serviços e não apenas nos serviços de saúde mental.

³⁴ Cabe lembrar mais uma vez o o trabalho da *Clinique de Concertation* (a saber: *Clinique*, exercício do cuidado, e *Concertation*, debate) e a praticabilidade dos conflitos (cf. nota 35 do capítulo 1). Todo o trabalho da *Clinique de Concertation* se apoia sobre a experiência da controvérsia e da heterogeneidade, em um contexto extensivo de confiança e de inclusão.

³⁵ “Uma lei errada”, 12/04/2009, Folha de São Paulo, <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq1204200920.htm>.

diversos motivos, o doente às vezes se nega a medicar-se, entra em surto e se torna uma ameaça ou um tormento para a família. Levado para a clínica e medicado, vai aos poucos recuperando o equilíbrio até estar em condições que lhe permitem voltar para o convívio familiar. No caso das famílias mais pobres, isso não é tão simples, já que saem todos para trabalhar e o doente fica sozinho em casa. Em alguns casos, deixa de tomar o remédio e volta ao estado delirante. Não há alternativa senão interná-lo.

Assim como no GIF, no texto de Ferreira Gullar também há o estabelecimento de relações de causalidade entre, de um lado, a Reforma Psiquiátrica e o agravamento das dificuldades para o familiar e, de outro, a necessidade de utilização dos medicamentos psiquiátricos e uma correlata redução dos riscos de crise.

Tanto acadêmicos quanto militantes da Reforma procuraram responder às críticas de Ferreira Gullar³⁶ por meio da apresentação de dados objetivos como contra-argumentos; indicou-se, por exemplo, que a lei 10.216 prevê a internação em casos de necessidade. Um dos serviços substitutivos disponíveis hoje é o CAPS III, que funciona 24 horas diariamente, prevendo o acolhimento noturno. O CAPS III dispõe esse tipo de acolhimento para evitar o aprofundamento de crises, prevendo a permanência do usuário por sete dias corridos ou dez dias intercalados em um prazo de trinta dias (BRASIL, 2004). As respostas a Ferreira Gullar procuraram, assim, desfazer alguns equívocos em relação à interpretação da lei. Nas manifestações de apoio a Gullar³⁷, por outro lado, podemos perceber uma confusão entre o que prevê a lei e a situação de precariedade que muitas vezes encontramos nos serviços de saúde públicos brasileiros (as críticas legítimas à falta de condições de atendimento ou à falta de profissionais, por exemplo, confundem-se com críticas à ideologia da Reforma).

O debate público desenvolveu-se, portanto, a partir dos confrontos entre os dados apresentados de parte a parte: quantos leitos estão disponíveis hoje para a internação? Quantos CAPS constituem a rede atualmente? Em que casos a lei 10.216 prevê a internação? Embora imprescindíveis ao debate público, essas questões não necessariamente se aproximam das experiências vividas por usuários, familiares, trabalhadores e gestores. A experiência de que nos fala Ferreira Gullar é recorrente entre os familiares de usuários dos serviços de saúde mental e merece atenção e cuidado. A recusa ao medicamento aparece, nessa experiência, sempre conectada às situações de

³⁶ Cf. <http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=1547>; para a resposta da ABRASME (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE MENTAL), cf. <http://www.calimed.ufsc.br/?p=375>

³⁷ Cf. <http://www.polbr.med.br/ano10/cpc0810.php>; cf. também a participação de F. Gullar no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em 2011 no Rio de Janeiro (<https://www.youtube.com/watch?v=VTvv8yTfR80>)

agressividade dos usuários, o que, evidentemente, causa bastante angústia e medo aos familiares. Além disso, a internação é vista como uma única alternativa para que o familiar sintasse apoiado no tratamento de seu parente. No GIF, por exemplo, diziamos que o período de internação servia para ajudar o usuário a se reorganizar: os participantes lembravam ocasiões em que seus parentes foram internados e retornavam, após a alta, mais calmos e melhor adaptados às regras de convívio social. A experiência vivida por muitos familiares de usuários dos serviços de saúde mental brasileiros correspondem aos sentimentos ligados a essa cadeia de causas e efeitos descrita por Ferreira Gullar.

O GIF, no entanto, desestabiliza tal relação de causalidade linear. Seu intuito não era negar experiências cujos efeitos são bastante concretos. As experiências de isolamento, de medo e de crítica são legítimas e têm efeitos performativos, afetando não somente a vida dos familiares e usuários, mas também o próprio funcionamento da rede de saúde mental, que, muitas vezes, obedece às mesmas cadeias de relações causais, temendo a recusa do usuário à medicação. A abordagem GAM-BR inclui estas experiências, sem, no entanto, isolá-la de outras. Ela investiga, por exemplo, as diversas ocasiões em que os usuários permanecem sem medicação, sem, no entanto, se tornarem agressivos.

No GIF, as experiências de isolamento podiam se transformar diante das experiências de outros. Muitas vezes, eram questões corriqueiras, pequenas dificuldades do dia-a-dia que podiam ser melhoradas com gestos simples, mas que faziam enorme diferença. Foi o caso de Onedina, dentre muitos outros: um dia, ela contou sua estratégia para lidar com a irregularidade de horários de sua filha (a maneira como ela organizava as refeições, separava o prato de sua filha e deixava-a escolher os horários em que preferia comer), e, com isso, ela ajudava outros participantes que viviam dificuldades parecidas com seus parentes e pensavam que a única solução seria a internação. Outros modos de organizar e melhorar o convívio social podiam ser vislumbrados no grupo. Também entre os trabalhadores, surgiam alternativas a partir dessas conversas. Para citar outro caso, os trabalhadores desconheciam o grau das dificuldades de convívio entre Vera e seu irmão. Mônica, a trabalhadora presente no grupo à época, procurou descobrir quais atividades eram prazerosas para esse usuário. Sua iniciativa visava a organizar, no CAPS, uma oficina da qual o irmão de Vera pudesse participar, permitindo que ele frequentasse outros espaços e saísse mais de casa (ele se recusava a ir ao CAPS). No GIF, enfim, múltiplas vivências eram colocadas lado

a lado, interrogando-se mutuamente. Não havia premência para se decidir qual delas tinha razão a respeito dos fatos objetivos, nem a necessidade urgente de se chegar a uma conclusão. Os grupos permitiam não apenas que as experiências vividas fossem narradas, mas também funcionava como um pequeno “laboratório” de experimentação, ou melhor, um ateliê: um espaço no qual se podia inventar e testar novas estratégias para lidar com as dificuldades e ensaiar novas respostas, sem que necessariamente se recorresse a um modelo pronto. Como nas entrevistas cartográficas (SADE, RENAULT, MELO, & PASSOS, 2013), a experiência não era tomada em sua dimensão representativa, ou seja, os fatos a que elas supostamente fazem referência não estavam em primeiro plano. O próprio ato de contar a experiência para o grupo já era suficiente para transformá-la. Durante os grupos, tais como nas entrevistas baseadas no conceito de enação de Francisco Varela (RENAULT, 2010), havia uma desaceleração na relação com a experiência: suspendia-se o julgamento em relação às representações, ampliando-se o grau de autonomia em relação às respostas que elas suscitavam.

Curiosamente, assim, o GIF permitia a um só tempo uma coletivização do debate e uma atenção às experiências singulares vividas por cada um dos participantes do grupo. Embora não houvesse urgência em criar uma solução para as situações problemáticas, muitas vezes essas soluções surgiam a partir das conversas no grupo, como no caso do irmão de Vera: todo o grupo se mobilizou para que o próprio usuário pudesse ser responsável por uma oficina de cinema no CAPS, já que assistir a filmes era uma de suas atividades preferidas. Leonor doou uma televisão que não estava mais utilizando, Mônica organizou uma rifa no CAPS para a compra de um DVD, todos os usuários ajudaram na venda das rifas. A atenção à experiência e a suspensão do julgamento não impediam o grupo de tomar medidas práticas, ao contrário: quanto mais atenção não judicativa era acordada às experiências, mais o grupo se sentia capaz de construir criativamente novas associações, pondo em contato elementos antes distantes – como a não internação e a oficina de filmes.

O GIF podia ser mais um instrumento para lidar com a experiência de isolamento, não apenas por constituir um grupo em torno a uma questão comum (a medicação psiquiátrica), mas também por criar uma cultura de conexão e articulação: entre temas, entre diferentes atores, entre experiências. A operação analítica fazia aparecer a rede de articulações. É interessante observar que os grupos GAM em geral, e o GIF em particular, não são grupos de “pacientes”, mas grupos de reflexão e discussão em torno de uma ação concreta: o uso de medicamentos psiquiátricos. Portanto, não há

necessariamente uma identificação a uma categoria diagnóstica, nem homogeneidade de base em relação às práticas de cada um dos participantes do grupo. Nesse sentido, o GIF é um dos grupos onde a estratégia GAM-BR é mais evidente: trata-se de uma estratégia pragmática e não identitária de formação de coletivos, que conta com as relações de confiança e cuidado já existentes para estendê-las a uma rede cada vez mais ampla.

A formação de coletivos e associações na área da saúde é uma questão delicada. Como indica Pignarre (1997, p. 168), “Les patients se forment des collectifs qu’au travers des diagnostics qui leur sont attachés, c’est-à-dire jamais en tant que patients .” O objeto medicamento cria poucos elos em torno do usuário, inserindo-o em relações autoritárias, verticais. O diagnóstico, um conjunto molar estaticamente representável, fornece as condições para um reagrupamento, o que seria muito mais difícil e custoso caso se considere “apenas” o estatuto de “usuário de medicamentos”³⁸. Daí a importância de se promover os laços e a criação de associações segundo critérios relativamente inovadores, tais como os da GAM. Dada a complexidade da questão do diagnóstico em saúde mental, a formação de um coletivo que se interesse pelo uso do medicamento e não esteja submetido a um determinado diagnóstico pode ser uma experiência valiosa.

A dificuldade de criar uma Associação foi um dos pontos de análise mais importantes ao longo do GIF. A constituição de uma Associação era um dos objetivos da pesquisa-intervenção, sendo compreendida por nós, universitários, como um signo da consolidação do trabalho de criação de coletivos e fortalecimento da autonomia. Tal aposta nos fez considerar a Associação como uma das metas de nosso trabalho. Inicialmente, a percepção negativa dos trabalhadores, que afirmavam a impossibilidade de constituir uma associação, nos desanimava e, ao mesmo tempo, nos fazia recriminar sua descrença e desmobilização. Tratava-se, sem dúvida, de uma dificuldade de nos aproximarmos de sua experiência e uma desconsideração da complexa rede produzida pelo medicamento. O desejo de obter resultados e soluções nos animava e era difícil nos confrontarmos com tal desencorajamento. Após alguns meses de trabalho com o GIF, percebemos, não sem dificuldades e esforço, que os familiares não estavam acomodados ou inertes frente à possibilidade de uma associação: eles lhe opunham uma franca e

³⁸ Pignarre (1997, p. 171) assinala que « Il faut un effort volontariste considérable pour créer une association ou, plus largement, un regroupement des patients ». Esta afirmação se aproxima do que os trabalhadores do CAPS em São Pedro da Aldeia afirmavam no início da pesquisa-intervenção, que seria muito difícil criar uma associação de usuários e familiares no Município porque haveria uma inércia ou uma acomodação difíceis de serem vencidas; seria preciso, de acordo com o que nos diziam, “pegar os familiares no laço” para convencê-los a criar uma associação (RAMOS, 2012).

ativa resistência. Foi um período de reflexão e reorientação do nosso trabalho: passamos a questionar se a Associação era de fato uma meta a ser atingida e se fazia sentido, dada a nossa metodologia de trabalho, elegê-la como um objetivo a ser imposto de maneira unilateral pelos pesquisadores. Ou seja, questionamo-nos acerca do sentido que pudemos apreender da fala dos trabalhadores: que a criação de uma Associação era uma questão de convencimento.

Foram necessários diversos encontros de supervisão para reorientarmos nosso trabalho à época. A partir dos encontros do GIF até então, podíamos entender a oposição à Associação como curiosamente ligada à sensação de isolamento dos familiares: a Associação aparecia associada a um ganho de autonomia dos familiares em relação às equipes de saúde; no entanto, tal autonomia era entendida como independência, e, por conseguinte, como um agravamento do isolamento do qual eles já sofriam. A Associação corresponderia, assim, a uma diminuição da ajuda que os familiares receberiam da equipe, quando, na ocasião, o que eles mais ansiavam era justamente o contrário – o recebimento de mais apoio e ajuda.

O princípio que rege a constituição de coletivos na saúde não é uma evidência ou uma regra geral a ser aplicada, não importando o contexto. A resistência em formar coletivos com base em categorias diagnósticas é pertinente e relevante diante do cenário criado pelo objeto-medicamento. Assim, a estratégia GAM e o GIF são interessantes para se lidar com a dificuldade de formar associações, uma vez que o que está em jogo nos grupos de intervenção não é um esforço voluntário. O foco no tema do medicamento, expondo sua rede de articulações e sua produção social, é uma forma eficaz de promover coletivização. A inclusão dos familiares no debate, por sua vez, é mais uma maneira de obrigar a refletir sobre a pertinência e a utilidade das categorias diagnósticas³⁹. A metodologia de trabalho da GAM é a de promover um deslocamento da dimensão puramente pessoal das questões para uma dimensão coletiva. Não cabe ao “familiar de São Pedro da Aldeia” ou ao “trabalhador do CAPS Casarão da Saúde” o esforço ou a decisão de tomarem uma iniciativa em prol de um suposto grupo. Os coletivos surgiam como um efeito das diversas e pequenas associações que tecíamos cotidianamente e que promoviam a contração dos grupos. São esses grupos que

³⁹ A Associação que se constituiu em São Pedro da Aldeia denomina-se ASSAMESPA: Associação de Familiares, Amigos e Usuários da Saúde Mental do Município de São Pedro da Aldeia. Não há referência a um diagnóstico específico e os “familiares e amigos” têm tanto destaque quanto os próprios usuários.

desenvolvem suas reflexões e ferramentas de trabalho à medida mesmo em que se constituem.

3.2. Manejo e corresponsabilidade

O trecho que se segue foi extraído da memória do dia 03/07/12, quando conversávamos sobre a pergunta que inicia o quarto passo do Guia GAM-BR¹, “Como você descreveria a experiência diária de tomar remédios?”:

[Conversávamos então sobre experiências de esconder os remédios nos alimentos]. *Surgem alguns comentários a respeito do gosto amargo que o remédio pode deixar na comida. Uma participante diz que já botou o remédio do filho na língua para ver se tinha um gosto amargo e descobriu que não.*

Essa participante diz, então, que tem uma curiosidade muito grande de saber o que a pessoa sente quando toma esses remédios. Ela diz que quer muito experimentar; ela nos conta que seu filho toma o remédio e dorme muito. O grupo reage rapidamente a essa sua vontade, dizendo que ela não deve tomar o remédio. Fátima também diz, seriamente, que ela não deve tomá-lo. Eu, no entanto, afirmo que essa sua vontade era muito interessante e que essa curiosidade tinha a ver com a proposta do Guia, que era a de nos aproximarmos da experiência de quem usa os medicamentos. Sua vontade de tomar os remédios tinha a ver com querer saber, em seu corpo, o que se sente quanto se faz uso diário da medicação. Eu pergunto, então, o que ela acha que o filho sente e como ela acha que o filho responderia à pergunta do Guia. (...) Ela me responde que acha que o que seu filho sente é sono. Quando ele toma o remédio fica calmo, vê televisão, depois vai para o quarto e dorme, dorme...

No GIF, fazíamos um constante exercício de nos aproximarmos da experiência de outrem. Pesquisadores universitários se aproximavam da experiência de familiares e trabalhadores; trabalhadores descobriam perspectivas até então inéditas ao ouvirem os familiares; estes últimos, por sua vez, encaravam a experiência de seus parentes sob um novo ângulo, ao mesmo tempo em que eles próprios deslocavam-se de sua perspectiva habitual e adotavam experimentalmente o ponto de vista de pesquisadores, ajudando a validar o Guia GAM-BR.

¹ O quarto passo do Guia GAM-BR é “**Conversando sobre os medicamentos mais usados em psiquiatria**” e começa na página 52.

A intervenção promovida pela GAM no grupo de familiares estava, portanto, ligada a esses constantes deslocamentos de pontos de vista, questão muito próxima à das metodologias de pesquisa em primeira pessoa, como vimos nos capítulos anteriores. Na base desse tipo de metodologia está a interrogação acerca da experiência vivida por alguém: como é viver o que o outro está vivendo, experimentar um mundo a partir da sua perspectiva? As metodologias de primeira pessoa são tributárias de um ressurgimento do interesse pela experiência consciente. Um dos textos clássicos desse ressurgimento foi publicado em 1974 pelo filósofo Thomas Nagel, “*What is like to be a bat?*” (Como é ser um morcego?)², denotando que “o mundo *para o outro*” está longe de ser uma obviedade e não pode ser apreendido a partir de uma perspectiva distanciada. A vivência encarnada do outro é irreduzível à observação de terceira pessoa, de modo que é preciso encontrar, em termos metodológicos, os meios de acessar tal vivência (ainda que ela se refira a um ser aparentemente tão estrangeiro quanto um morcego). Além disso, as metodologias de primeira pessoa também nos mostram que nem sempre a experiência está imediatamente disponível à consciência daquele mesmo que a vivencia. Às vezes, é preciso algum tipo de mediação para que haja o que Depraz, Varela e Vermersch (2003) denominaram *devoir-consciente*. Essa mediação pode ou não ser provocada de forma deliberada: de um lado, experiências de *breakdown* (VARELA, 1995) são capazes de, inesperadamente, nos tornarem conscientes de eventos que até então estavam implícitos em nossas vivências; por outro lado, também é possível cultivar o *devoir-consciente* através de determinadas técnicas, tais como a da entrevista de explicitação criada por Pierre Vermersch (1994). A ligação da GAM-BR com as metodologias de primeira pessoa se deu, inicialmente, pelo interesse deste projeto em acessar a experiência encarnada de uso dos medicamentos. A GAM parte do princípio que a vivência do usuário é imprescindível a qualquer debate em saúde mental. Produzir conhecimento na área depende da inclusão da experiência de quem vive concretamente os tratamentos e tem um conhecimento, irreduzível a qualquer outro, acerca do que de fato ajuda ou atrapalha. A GAM-BR procurava, assim, lançar mão das técnicas de pesquisa que não apenas permitissem aos pesquisadores universitários e trabalhadores acessar a experiência dos usuários, mas que também permitissem aos próprios usuários explorar e transformar sua vivência consciente e sua sensibilidade.

² Cf. NAGEL, T. What is like to be a bat? *Philosophical Review*, pp. 435–450, 1974.

Desse modo, a experiência a ser acessada em primeira pessoa pela GAM vai muito além de uma descrição distanciada baseada em critérios diagnósticos. A singularidade de cada experiência pode ser descrita de maneira cada vez mais extensa e detalhada, a depender da atenção que lhe acordamos. Essa descrição não tem um efeito meramente informativo; ela altera a nossa maneira excessivamente simplista e abstrata de categorizar as vivências. Como indica Martin (2009, p. 142)

(...) the pervasive use of DSM categories might work to prevent people from realizing the social importance of exploring their inner states. Exploration of inner experience has the potential to challenge the uniform and bureaucratic language of the DSM. Insofar as people use DSM categories *instead of* exploring the phenomena of their experience firsthand, they may have only the illusion of communicating with other people what it is like to be, say, manic. What are the sensory dimensions of the experience — olfactory, tactile, visual, or auditory sensations? How is the experience embedded in its context? In the person's unique history?

A GAM-BR apostava na descrição detalhada de experiências singulares como forma de intervir em um quadro socialmente marcado pela homogeneidade e pela linguagem burocrática. Contudo, no GIF, o interesse pela experiência em primeira pessoa ampliou-se e ganhou novos sentidos. Ao incluirmos os familiares na abordagem da GAM, não eram mais apenas os pesquisadores universitários os primeiros interessados em encontrar novos modos de se aproximar da experiência dos usuários e de suas vivências singulares, concretas. Esse interesse era compartilhado, desde o começo, por todos os familiares - e de uma maneira muito mais radical do que a de uma curiosidade abstrata pelo fenômeno consciente. Afinal, aproximar-se do ponto de vista do outro tinha, nesse caso, um papel decisivo em termos afetivos e existenciais. Tratava-se de poder compreender um pouco mais alguém que se ama e de se tornar capaz de cuidar melhor de si e do outro.

Desse modo, os deslocamentos de ponto de vista que formavam o cotidiano do GIF estavam ligados simultaneamente a um interesse metodológico da pesquisa-intervenção e a uma experiência que importava aos familiares. Isso nos permitiu construir coletivamente um modo de trabalho peculiar na GAM, cujo impacto se refletia

tanto na produção de conhecimento quanto na produção de cuidado, como veremos ao longo desse tópico.

Do ponto de vista técnico e metodológico, serviram como ponto de partida do trabalho no GIF as indicações que já trazíamos tanto das entrevistas inspiradas pelas metodologias de primeira pessoa (RENAULT, 2010; SADE; RENAULT; MELO; PASSOS, 2013; TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2014; RENAULT; PASSOS; EIRADO, *no prelo*), quanto do manejo de outros grupos GAM, que denominávamos “manejo cogestivo” (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012; MELO; SHAEPPPI; SOARES; PASSOS, 2015).

A cogestão foi uma noção especialmente importante para a versão brasileira da GAM³. Diferentemente dos grupos canadenses, os grupos GAM brasileiros incluíam, desde o começo, os trabalhadores dos serviços públicos de saúde⁴. A inclusão dos trabalhadores nos grupos de intervenção nos levou a refletir sobre o significado da autonomia e a criar condições para uma autonomia coletiva. Buscávamos construir um grupo autônomo, de modo que a autonomia de cada um – trabalhadores, usuários, familiares – não negasse a autonomia dos demais. Foi preciso que, juntos, inventássemos estratégias para lidar com as dificuldades, que, por sua vez, também mostravam ter um caráter coletivo. O manejo cogestivo buscava promover a inclusão de perspectivas heterogêneas, fazendo com que cada uma delas participasse efetivamente da pesquisa e da intervenção. O manejo entendia que a atitude clínica era inseparável de um cuidado com as relações institucionais, incorporando a atenção ao exercício político da cogestão (MELO; SHAEPPPI; SOARES; PASSOS, 2015).

Em termos práticos, isso significa que o manejo cogestivo trabalha para que todos os participantes se tornem corresponsáveis pelo que acontece no grupo e ajudem a conduzi-lo. O manejo cultiva condições de funcionamento do grupo que sejam inclusivas e favoreçam a participação, o acesso à experiência e que permitam aos participantes manter uma relação de colaboração e de confiança. Desse modo, o manejo procura incluir cada participante e cada experiência na construção de formas de trabalhar em grupo. É sua incumbência velar para que cada ponto de vista seja

³ Uma fonte relevante para o conceito de cogestão na GAM-BR foi o trabalho de Gastão Wagner de Souza Campos, médico que teve um importante papel na luta pela saúde pública no Brasil e é atualmente professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp. Questionando a hierarquia e a centralização dos serviços de saúde, seu trabalho aposta na cogestão como forma de enfrentar os desafios políticos do SUS, indicando a inseparabilidade entre atenção e gestão. Cf. CAMPOS, 2000.

⁴ No Canadá, vale lembrar, a GAM foi uma iniciativa dos usuários da rede de serviços alternativos de saúde mental.

considerado e respeitado no grupo. Bem como as técnicas de entrevista na pesquisa cartográfica, inspiradas pela entrevista de explicitação, o manejo está atento a experiências concretas e encarnadas, interessando-lhe menos os juízos, racionalizações e explicações abstratas. O manejador (ou moderador do grupo) pode, assim, formular relances⁵ para que as experiências se tornem mais vívidas e presentes no grupo, respeitando as diferentes formas de inserção de cada participante. Ao sustentar esse tipo de atenção à experiência, o manejo cultiva o *devir-consciente*, de maneira que os automatismos podem ser transformados ou, ao menos, podem ser tornar menos atuantes. No início do trabalho, as funções de condução e inclusão de todos os participantes são atribuídas a uma ou duas pessoas, deliberadamente encarregadas dessa tarefa (no caso da GAM-BR, essa tarefa cabia aos pesquisadores universitários participantes dos grupos). Assim, em um primeiro momento, são esses manejadores quem, geralmente, faz perguntas ou convida algum participante a falar. A partir daí, os manejadores cuidam da distribuição do manejo, descentrando essa tarefa de si mesmos e compartilhando-a progressivamente com os demais membros do grupo. Os demais participantes vão aos poucos se apropriando dessa forma de trabalhar e assumindo um modo singular de relacionar-se com a experiência (própria e de outrem). Encarregar-se do manejo é, portanto, trabalhar para que os outros também se responsabilizem por ele e se tornem co-manejadores. Por isso, dizíamos que o manejo é inicialmente localizado, mas visa à sua própria distribuição.

À medida que o manejo se distribui no grupo, surge um fenômeno correlato, a que chamamos “contração de grupalidade”: emerge uma qualidade nova – o grupo –, que é irreduzível a cada um dos participantes e é mais do que uma simples adição das participações individuais (MELO; SHAEPPPI; SOARES; PASSOS, 2015). O efeito do manejo cogestivo é a contração de um grupo.

No caso do GIF, a contração do grupo modificou o modo como os participantes se relacionavam uns com os outros⁶. Inicialmente, a fala de cada participante permanecia isolada das demais, funcionando como uma espécie de “testemunho”. Cada um dava seu testemunho e esperava para ouvir o testemunho do outro participante. Com

⁵ Os relances, como vimos, são uma contribuição direta da técnica de entrevista de explicitação (VERMERSCH, 1994); esse tipo de entrevista sugere que o entrevistador realize relances com questões amplas, abertas e que remetam, de maneira não-diretiva, à experiência prática do próprio entrevistado (perguntando, por exemplo, “como?”, ao invés de perguntar “por quê?”). Outra sugestão de relance é a reformulação em eco, na qual o entrevistador repete, de maneira interrogativa, algo que o entrevistado acabou de dizer, convidando-o a se deter mais longamente na experiência evocada.

⁶ Cf. capítulo 1.

o manejo cogestivo, as falas passaram progressivamente a se entrecruzar mais, de maneira que cada participante interferia naquilo que o outro estava dizendo, alterava seu significado e o conectava a outras histórias. Com isso, ia surgindo uma memória mais coletiva do grupo; fabricavam-se histórias em comum. Os participantes passavam a se corresponsabilizar pelo que ouviam. Às vezes, eles ofereciam soluções para as dificuldades que alguém no grupo estava atravessando; outras vezes, contavam histórias parecidas que tinham vivido, mostrando-se solidários, ou então, sugerindo outros sentidos para uma determinada situação. Outras vezes, ainda, eles se alegravam com alguma conquista ou experiência positiva de outro membro do grupo. A passagem desse modo de funcionamento baseado no “testemunho” para um modo de funcionamento mais intrusivo foi um índice, para nós, da contração do grupo. Ao mesmo tempo, percebíamos que o manejo efetivamente se distribuía, pois os participantes questionavam-se uns aos outros sem intermediários: faziam perguntas, explicavam o trabalho aos novos participantes, incluindo-os no grupo, e propunham temas de conversa (atitudes que aconteciam de maneira muito mais rara no início da pesquisa-intervenção, quando cada um desses gestos dependia da ação direta do manejador).

O grupo servia como um pequeno laboratório, onde experimentávamos modos menos automáticos (mais autônomos) de lidar com a experiência. A metodologia de pesquisa, encarnada no manejo cogestivo, espelhava e amplificava gestos mútuos de interesse e cuidado. O manejo, portanto, era uma forma de cuidado e promoção da autonomia.

No caso do GIF, esse manejo buscava reforçar e desenvolver uma atitude de cuidado que cada familiar já manifestava em relação aos seus parentes. Os gestos de interesse e atenção pela experiência do outro eram centrais na vida de cada um dos membros do grupo. Todos eles frequentavam o CAPS para, primordialmente, serem capazes de cuidar de seus parentes e melhor ajudá-los. Era o cuidado que os movia e os impelia a se reunir. Certamente o grupo também permitia aos participantes cuidarem de si mesmos: frequentar o CAPS era uma maneira de não vivenciar sozinho as dificuldades, de poder compartilhar experiências e encontrar algum tipo de ajuda e suporte. O grupo de familiares, mesmo antes do início da pesquisa-intervenção, desempenhava o papel de um espaço de troca, em que o familiar podia pensar um pouco em si mesmo e descansar de seu empenho quase contínuo no cuidado com seus parentes próximos. No caso do GIF, a GAM se inseriu em um grupo de ajuda mútua já existente

no CAPS (aliás, curiosamente, o termo “grupo de ajuda mútua” é frequentemente designado pela sigla GAM)⁷.

Ainda assim, a tarefa de cuidar de si aparecia frequentemente vinculada à capacidade de cuidar melhor de seu parente. Algumas vezes, o grupo de familiares era visto como uma espécie de capacitação, uma ocasião em que poderiam tirar dúvidas sobre o tratamento e o diagnóstico e saber o que fazer em caso de dificuldades (desejo particularmente presente entre os participantes cujos parentes não frequentavam o CAPS com regularidade). Frequentemente, os participantes nos diziam criar forças pra enfrentarem as dificuldades por saberem que seus parentes precisavam deles. Outras vezes, ao falarem sobre si mesmos, seus próprios desejos e suas dificuldades, todos percebíamos o quanto os seus parentes eram importantes e estavam presentes em suas vidas. Poder cuidar bem deles e vê-los melhorar eram perspectivas que os animavam e faziam com que o grupo quisesse se reunir.

Contudo, somados ao interesse e ao cuidado com os seus parentes, havia também outros aspectos das experiências vividas pelos familiares que não podiam ser deixados de lado. Muitas vezes, eles se sentiam cansados, frustrados; manifestavam sofrimentos que, embora inextricavelmente ligados às experiências de seus filhos ou irmãos, eram parte de suas próprias experiências e não podiam ser reduzidos a quaisquer outras perspectivas, isto é, eram aspectos que correspondiam à descrição em primeira pessoa daquilo que eles mesmos estavam vivendo.

Os familiares nos mostraram que a intervenção no GIF, ao pretender-se uma forma de cuidado, devia levar bastante à sério a metodologia em primeira pessoa e não esquecer as experiências dos próprios participantes do grupo. Os familiares deixaram isso bem claro logo no início do trabalho, afinal, eles começaram a responder as perguntas do Guia em primeira pessoa! Essa maneira de responder ao Guia - que tanto nos surpreendera no começo - mostrou-se uma forma legítima e inteligente de afirmar a própria experiência em um contexto em que tantas vezes ela é tida como secundária ou desimportante. Ela tornou-se uma forma de resistir à completa (e, portanto, redutora) identificação com o papel de cuidador. Por isso, foi tão importante para nós no GIF manter viva a perspectiva dos familiares e continuar cultivando as respostas em primeira pessoa no grupo.

⁷ Os grupos de ajuda mútua são vistos como peças-chave para a Reforma Psiquiátrica. Cf ALVES; OLIVEIRA; VASCONCELOS (2013). Segundo pesquisa conduzida por esses autores, do ponto de vista de usuários e familiares, adquirir maior poder e capacidade de decisão corresponde, entre outras coisas, à capacidade de trocar experiências para um ajudar o outro.

Com essa forma de responder ao Guia, os familiares opunham sua resistência à pouca atenção ou importância que frequentemente eram acordadas às suas próprias vivências. Seja por parte de conhecidos ou vizinhos, seja por parte de trabalhadores de saúde, os familiares eram bastante cobrados, sentindo-se obrigados a se mostrarem ainda mais cuidadosos e responsáveis, mesmo que para isso devessem se sacrificar pessoalmente. Algumas vezes, chegamos a ouvir, tanto de trabalhadores quanto dos próprios familiares (sobretudo das mães), que o cuidado com o usuário era uma cruz a ser carregada. Suas experiências importavam pouco, contanto que eles cumprissem seu papel.

Em muitas ocasiões, a resistência dos familiares a esse tipo de cobrança se manifestava de maneira totalmente simétrica, isto é, também por cobranças, dirigidas especialmente aos trabalhadores. Resistências também apareciam através de críticas à Reforma Psiquiátrica: era como a Reforma beneficiasse apenas os usuários, sacrificando os familiares (alegação que não deve ser ignorada, já que ela ganha alguma pertinência quando consideramos a situação atual da rede e as dificuldades que ainda persistem na efetivação concreta do projeto da Reforma). Em outras ocasiões, no entanto, não era possível ainda discernir uma forma clara de resistência a determinadas cobranças, que eram então sentidas de maneira bastante violenta. O GIF tornou-se também um espaço para cuidar dessas situações de violência e prestar atenção ao que os familiares sentiam. Lembrar e valorizar seu ponto de vista eram nossas formas de resistir.

As ocasiões vividas como mais violentas eram aquelas que envolviam algum tipo de juízo - a experiência do familiar costumava ser negligenciada em situações nas quais seu comportamento estava sendo julgado. Marli contava com frequência no grupo uma ocasião significativa que ilustra esse tipo de situação:

(trecho da memória do dia 29/05/2012; líamos então a página 49 do Guia, que comenta trechos da Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde reproduzidos na página 46. Estávamos presentes nesse dia Leonor, Marli, Lorena e Letícia):

Marli quer retomar o texto do Guia, pois quer encontrar uma palavra que lhe chamou a atenção. Marli fica em silêncio, relendo o texto do Guia e Leonor propõe uma releitura. Leonor lê novamente o primeiro parágrafo e Marli continua olhando o Guia, dizendo que uma palavra a tocou. Disse achar que era a palavra “respeitar”, no trecho que diz: “quem está cuidando de você deve respeitar seu corpo (...)”. Marli disse que Jesus tocou seu coração quando lemos e conta, novamente, a história do

adoecimento de seu filho. Marli já contou essa história várias vezes no grupo (ela mesma diz que sempre conta essa história), e a conta sempre mais ou menos do mesmo jeito, na mesma ordem. Mas dessa vez, ela me parece querer selecionar um trecho em especial: os dias em que seu filho ficou sem tomar banho. Ela disse ter ficado com muita vergonha. Ela conta novamente (ela já havia contado esse episódio no grupo anteriormente) que, durante a internação de seu filho no Pronto-Socorro, uma mulher que estava acompanhando outra pessoa no Hospital culpou Marli pelo fato de seu filho não tomar banho. “Você deveria obrigar ele a tomar banho!”, disse essa mulher. Marli relembra a história emocionada e disse ter ficado muito triste com essa fala. Disse que até chorou quando contou isso ali no grupo, logo depois de ter acontecido. Marli disse que achava que Deus deveria dar a essas pessoas uma situação de vida parecida, para que elas pudessem entender. Eu aponto uma semelhança entre o que Leonor havia dito antes e o que Marli está dizendo agora: que, tanto o médico que atendeu a filha de Leonor quanto a mulher do Hospital pareciam falar distantes das experiências que elas estavam vivendo, sem saber o que realmente se passava.

Marli sempre contava com muita tristeza esse episódio no grupo. Talvez ela a tenha repetido no grupo porque levamos algum tempo para entender o que era tão violento na fala dessa desconhecida na enfermaria do Hospital. Não se tratava “apenas” da acusação subjacente ao que ela deveria fazer (a de estar se comportando de maneira equivocada e de não saber cuidar do filho), nem “apenas” a explicitação da vergonha e da preocupação que pudesse estar sentindo. Era, sobretudo, a falta de reconhecimento daquilo que ela estava sentindo – o desrespeito. O julgamento que sofrera baseava-se apenas em um critério de suposto erro/acerto relativo ao seu comportamento; ele omitia todo o esforço, inquietação e cuidado de Marli, sua experiência de estar ali no Hospital, a solidão que estava sentindo. Situações como essa eram vividas com relativa frequência pelos familiares. Sofrimento e desrespeito faziam parte da “experiência de tratamento em saúde mental” sobre a qual conversávamos e eles não abririam mão de trazê-las ao grupo quantas vezes fosse preciso. O GIF tornou-se, então, um espaço de acolhimento dessas experiências. A incorporação, pelo grupo, da aposta de uma metodologia em primeira pessoa ganhou o sentido de uma resistência dos familiares em abrirem mão de seu próprio ponto de vista. Com isso, eles nos mostraram que considerar a experiência em primeira pessoa dos usuários não podia significar uma negligência de suas próprias experiências.

A tarefa do manejo se aliou, assim, à atitude de cuidado dos familiares, ao mesmo tempo em que buscava estar atenta à irredutibilidade da experiência do próprio familiar. Em certa medida, o manejo tirava partido da atitude de cuidado que já havia no grupo, apoiando-a, mas, ao mesmo tempo, procurava expandi-la de forma que ela não se limitasse apenas aos parentes de cada um. Esta ampliação tinha um duplo sentido, isto é, ela seguia duas direções simultâneas e - conforme fomos compreendendo - intimamente interligadas: ela seguia em direção ao próprio grupo de familiares e à rede, de um lado, e a cada participante do GIF, de outro, de maneira reflexiva. Os cuidados progressivamente se entrelaçavam: cuidar de seu parente, cuidar de si, cuidar do grupo, cuidar do CAPS eram gestos que, aos poucos, iam se mostrando inseparáveis.

Reconhecer esse entrelaçamento era um modo de promover cuidado e autonomia no GIF. Em lugar de ocupar uma posição passiva, apenas recebedora de tratamento, os familiares podiam exercer ativamente o cuidado e expandi-lo para além das fronteiras de sua própria família. Ao mesmo tempo, essa posição ativa não os obrigava a abrir mão de receberem suporte ou ajuda. Eles podiam contar uns com os outros para lidar com as situações difíceis, ao invés de vivenciarem uma cobrança individual de responsabilidades na resolução de problemas. Cultivar esse tipo de relação gerava efeitos terapêuticos, que ampliavam o potencial de cuidado já existente na própria rede. Em outro contexto, observações semelhantes foram feitas por Chauvenet, Despret e Lemaire (1996) a propósito do programa terapêutico com os refugiados de guerra na ex-Iugoslávia. Nesse programa, interessava apoiar e catalisar os recursos autoprotetores e autorreparadores mútuos. Apoiando e incentivando as relações de confiança entre os membros das famílias, o programa terapêutico se encarregava de construir e reforçar uma rede de cuidado, em que cada membro podia, ao mesmo tempo, cuidar e ser cuidado⁸. Aliás, por si só, o ato de reconhecer-se capaz de cuidar de outros tem efeitos terapêuticos, pois, como indica Todorov (apud CHAUVENET; DESPRET; LEMAIRE, 1996, p. 17), “A travers le souci pour autrui on retrouve la dignité, le respect de soi, parce qu’on accomplit des actes que la morale a toujours consideres comme louables. Le sentiment de dignité renforce notre capacité de rester en vie.” Assim como no caso desse programa terapêutico, na abordagem da *Clinique de Concertation*, da Terapia Contextual de Boszormenyi-Nagy ou de diversas outras abordagens de intervenção

⁸ “Au sein du réseau affiliatif ou contenant, chaque membre est à la fois ‘au-dedans’ et à la fois activement impliqué dans son maintien. (...) c’est la création même du réseau qui est protectrice, affiliative, contenantante ou autothérapeutique.” (CHAUVENET ; DESPRET ; LEMAIRE, 1996, p. 144).

clínica, ainda, a GAM no GIF apostava na autonomia do grupo, dando suporte aos gestos mútuos de atenção e à expansão das redes de cuidado.

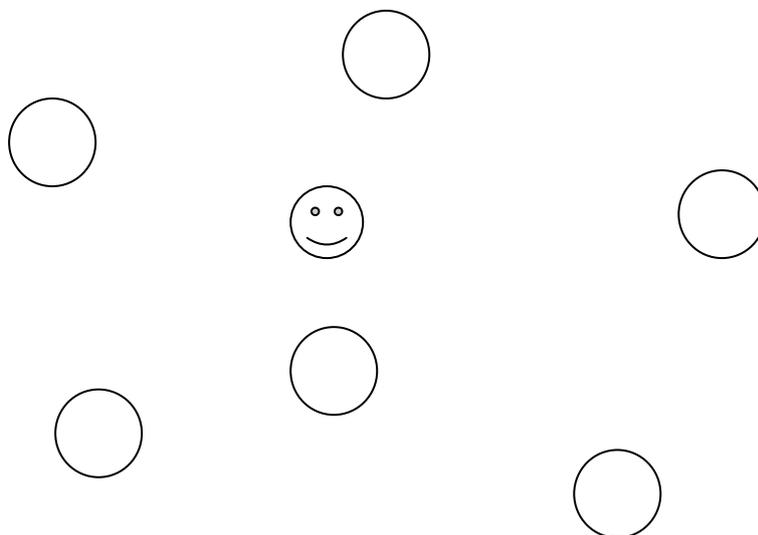
Desse modo, a intervenção promovida pela pesquisa da experiência em primeira pessoa no GIF equivalia a uma diminuição da rigidez e da univocidade a respeito da definição das identidades de quem cuida e de quem é cuidado. Partíamos do princípio de que ninguém sabia de antemão os sentidos que uma determinada experiência podia assumir; era preciso, portanto, pesquisar, isto é, era preciso se aproximar da experiência (de si e do outro) e analisar seus sentidos possíveis, suas diferentes versões. A análise no GIF estava ligada ao deslocamento sucessivo de pontos de vista que permitiam o reconhecimento de si e de outros como, simultaneamente, alvos e responsáveis pelo cuidado. A noção de enação de Francisco Varela pode aqui ser evocada nesse contexto de transformação ética e existencial: sujeito e mundo podiam surgir diferentemente na experiência da pesquisa-intervenção.

Um exemplo de como esse deslocamento de ponto de vista acontecia concretamente no grupo pode ser encontrado na memória do dia 20/09/2011. Nesse dia, preenchíamos o gráfico das páginas 22 e 23, que, na primeira versão ainda não validada do Guia GAM-BR⁹, era assim:

**Pense e desenhe no gráfico a seguir com quais pessoas, serviços e lugares
você pode contar quando precisa.**

Imagine que você é a carinha (☺) no centro da página. Então escreva o nome das pessoas, serviços e lugares em que confia mais, mais próximo de você (mais próximo da carinha (☺)). E o nome daqueles com quem você conta, mas que não são tão próximos assim, mais distante de você (mais distante da carinha ☺)

⁹ Esse gráfico era parte do Segundo Passo do Guia GAM-BR (**Observando a si mesmo**), integrando o tópico “As pessoas à sua volta”. Na versão validada do Guia, esse gráfico foi alterado.



Abaixo segue um trecho da memória desse dia, em que estavam presentes Marli, Leonor, Izaura, Onedina, Maria José, Célia, Júlia e eu (no início da reunião, estavam presentes também Helena, assistente social, e Analu, estagiária de serviço social, que frequentou o grupo durante alguns encontros em 2011. Ambas precisaram sair mais cedo, antes do fim do encontro).

O momento seguinte no Guia era o gráfico da página 23 (o da carinha cercada com os círculos para preencher com pessoas, lugares e serviços com os quais o usuário conta quando precisa). Júlia e eu tínhamos combinado que sugeriríamos ao grupo preencher este gráfico (até então, nunca tínhamos proposto escrever no Guia, sempre comentávamos oralmente as respostas. Ainda assim, desde que começamos, em todos os encontros Izaura sempre tira um lápis da bolsa quando começamos a ler o Guia). Pedimos que visualizassem a carinha como o usuário parente deles. Todas logo se envolveram com a tarefa e pareciam animadas em preencher o Guia. Célia usou o meu Guia, pois ela estava sem. Eu fiquei ajudando Maria José a preencher, pois ela pediu minha ajuda.

Foi um momento bem interessante no grupo. Depois que todo mundo preencheu, discutimos juntas as respostas. Quase todas colocaram a si próprias no círculo logo acima da carinha, como sendo a pessoa com quem o usuário mais conta. Algumas deram ênfase ao que tínhamos combinado: preencher os círculos com as pessoas ou lugares com quem o usuário conta. Outras, no entanto, preencheram considerando mais aqueles com quem elas próprias contavam. Maria José foi um exemplo do primeiro caso - ela incluiu no gráfico as pessoas que costumam conversar com o filho dela, animando-o: os porteiros do condomínio, o síndico, a secretária, a mercearia... Marli, por sua vez, preencheu incluindo seus outros filhos (irmãos de seu filho que é

usuário do CAPS) e vizinhos, indicando: com esses eu conto quando preciso. Quando Maria José ouviu a resposta de Célia, espantou-se por não ter colocado o CAPS em sua própria resposta. Pediu-me que fizesse outro círculo no gráfico, para incluí-lo, e justificou: é que o CAPS é longe, não está próximo. Outros concordaram dizendo que a localização geográfica do CAPS fazia com que ele ficasse mais longe no desenho do gráfico (os vizinhos, no desenho de Marli, estavam mais perto da carinha). Leonor completou dizendo que não dava para contar com o CAPS em qualquer momento, pois ele não abre nos fins de semana ou à noite. Essa fala teve muita ressonância no grupo, Izaura logo balançou a cabeça confirmando. Perguntamos se isso era uma questão para o grupo e eles confirmaram, dizendo que não podiam contar com o CAPS se tivessem algum problema à noite, por exemplo.

(...)

Enquanto preenchíamos o gráfico, durante a reunião, algumas pessoas, como Onedina, Izaura e Leonor, disseram que iam perguntar a seus parentes como eles o preencheriam (ou como o preencheram, no caso de quem participa do GIU). Júlia e eu achamos interessante esse movimento gerado pelo gráfico, de irem perguntar a seus familiares o que eles achavam. Quando eu estava saindo, passei por Leonor e sua filha na porta do CAPS, e Leonor estava perguntando a ela: se você tivesse que dizer quem é mais próximo de você, quem você escolheria?... Sua filha até estranhou a pergunta, querendo saber por que a mãe estava lhe perguntando isso agora. Como eu estava de passagem, não ouvi o resto do diálogo.

O encontro desse dia nos ajudou a compreender - e a construir coletivamente - o modo de trabalho no GIF. Apesar da instrução das pesquisadoras-universitárias, de considerar a carinha como sendo o usuário, subsistiu (felizmente) no grupo uma indefinição acerca de quem ocupava o centro do gráfico. A partir desse encontro, passamos a experimentar mais as duas versões de respostas para as perguntas do Guia, ora assumindo a perspectiva dos usuários, ora assumindo a perspectiva dos familiares.

Um dos pontos mais interessantes do trabalho com esse gráfico estava justamente em sua indefinição: quem ocupa o seu centro? Quem está nos círculos – pessoas, instituições, ambos? Em que casos a proximidade ajuda e em que casos ela atrapalha? Poder enxergar a si mesmo como parte de uma rede cujo centro pode variar permitia alterar a perspectiva habitual em torno dos problemas. Ao discutirmos em grupo cada uma das respostas, analisávamos coletivamente as diferentes maneiras de se

compor uma rede. Com isso, fabricávamos novas conexões e reforçávamos elos que ainda não eram tão evidentes para o grupo. Não por acaso, nesse mesmo dia conversamos, mais tarde, sobre o cuidado que os membros do GIF tinham com outros usuários do CAPS, além de seus próprios parentes. Muitas mães “tomavam conta” de outros usuários que frequentavam o serviço, ajudando-os no dia-a-dia no CAPS e acompanhando se estavam melhores ou se atravessavam algum período mais difícil. Alguns usuários recebiam um cuidado coletivo por parte de diversos familiares.

O gráfico também permitiu evidenciar o quanto os participantes do grupo contavam uns com os outros. Algumas participantes escreveram o nome de outros membros do GIF nos círculos. Assim, podia-se estar em diferentes redes ao mesmo tempo, ocupando diferentes posições. Ao ressaltar esse fato, nos tornamos mais atentos aos gestos de cuidado que os membros do grupo endereçavam uns aos outros. Por exemplo, quando Maria Zilma passou por uma difícil cirurgia, alguns meses depois, o grupo todo se mobilizou para ir visitá-la no hospital e em casa. Em outra situação, quando Onedina ficou um período sem frequentar o grupo, Leonor se prontificou a ligar para ela de tempos em tempos e ir dando notícias dela para o grupo.

O gráfico permitia, ainda, ver o próprio CAPS ora como um grupo composto de partes heterogêneas (com cada trabalhador, familiar ou usuário ocupando um lugar diferente nos círculos), ora como se situando, ele próprio, em um dos círculos em uma rede mais ampla, que incluía outros serviços e outras instituições do município. Esse tipo de variação na forma de olhar para os problemas que discutíamos evidenciava que os lugares ocupados na rede não estavam dados de uma vez por todas, eles se transformavam de acordo com o ponto de vista adotado. A análise coletiva estava ligada a essa aptidão de percorrer perspectivas e variar escalas, para retomar a expressão empregada na *Clinique de Concertation*.

Cabe apontar que o registro gráfico mostrou-se especialmente útil para o trabalho no GIF. Ele permitia visualizar de maneira concreta e acessível um dos temas mais importantes para esse grupo, o da rede de apoio. Ao mesmo tempo, criava um registro das discussões, que podia ser alterado por conta própria caso se desejasse (como no caso da participante que quis desenhar um novo círculo no Guia para incluir o CAPS). Este gráfico funcionava como uma espécie de síntese da atitude do Guia GAMBR, que procura registrar concretamente as experiências vividas na rede, mostrando a

inter-relação entre pessoas e instituições¹⁰. Sua insistência acerca de questões relativas à cidadania mostra que a saúde mental não está isolada das demais instituições e que elas também fazem parte dos ditos “problemas de saúde mental”, incluindo aí o sistema de transporte público, as empresas privadas geradoras de emprego, a prefeitura... Ao incluir todas estas esferas no debate, o Guia GAM-BR procura abrir espaço a uma reflexão coletiva, arriscando-se a recusar uma abordagem exclusivamente individual dos problemas. A visualização gráfica das pessoas, lugares e instituições que compunham a rede mostrou-se uma ferramenta potente para esse tipo de análise.

Isso significa dizer também que o GIF promoveu análises que nos fizeram refletir sobre a própria GAM; ou seja, analisar, no GIF, não era apenas analisar *o que* acontecia no grupo, mas analisar *com o grupo* o que acontecia em outros espaços. A inclusão dos familiares no projeto da pesquisa-intervenção nos deu pistas de como levar à frente a coletivização e a politização das questões de saúde mental, direções da GAM-BR. Os familiares se tornaram não só nossos parceiros de análises no GIF, mas foram também os coautores de um modo de analisar útil a outros grupos ligados à GAM e que também buscavam a inclusão de perspectivas heterogêneas e o deslocamento de pontos de vista¹¹.

O deslocamento de ponto de vista é expressão de uma das pistas do método da cartografia, a *dissolução do ponto de vista do observador* (EIRADO; PASSOS, 2009). Essa pista reafirma o caráter de intervenção imediato a toda e qualquer pesquisa: um determinado ponto de vista (inclusive o do pesquisador) coemerge junto a determinados objetos, cujas existências não são nem absolutas nem necessárias. Isto é, perspectivas distintas compõem objetos (e sujeitos) também distintos. Experimentar a variação de perspectivas permite tratar os objetos como não-naturais; podia-se contemplar a gênese

¹⁰ As observações sobre a utilidade do registro gráfico no trabalho terapêutico em grupo foram fortemente influenciadas pela abordagem da *Clinique de Concertation*, que também lança mão de uma ferramenta gráfica, o Sociogenograma (LEMAIRE, 2010; COLLECTIF DE RECHERCHE DE LA CLINIQUE DE CONCERTATION, 2010-2011). Essa ferramenta original da *Clinique de Concertation* consiste em uma espécie de mapa das ativações na rede, construído em conjunto pelos participantes do encontro clínico. Ele permite uma visualização concreta das ativações mútuas na rede, isto é, das relações, intercâmbios e contatos entre as diferentes pessoas (trabalhadores, membros da família e da comunidade) e instituições (de saúde, de educação, de justiça). A representação gráfica procura afastar as armadilhas da interpretação ou da psicologização excessivas. Como dispositivo de trabalho, o Sociogenograma abre diversas possibilidades: ele não apenas permite uma compreensão mais clara do percurso de uma pessoa ou família na rede de serviços, mas também cria condições para uma transformação na forma de narrar (e de experimentar) a situação em questão, evidenciando o caráter coletivo dos casos e abrindo espaço à responsabilização.

¹¹ Esse modo de fazer análise nos ajudou, por exemplo, a construir os grupos de apoio matricial realizados com trabalhadores do CAPS em 2013, que ocorreram após a participação dos pesquisadores universitários nos GIs e que foram conduzidos por Lorena Guerini e Thais Mello, pesquisadoras da UFF.

de sujeitos e objetos a partir da própria experiência da pesquisa-intervenção. Em outras palavras, a dissolução do ponto de vista do observador é uma recusa da perspectiva em sobrevoo, tantas vezes adotada pelos pesquisadores – para a perspectiva em sobrevoo, é como se as observações de pesquisa não estivessem referidas a uma perspectiva local, concreta, específica. Com os sucessivos deslocamentos de ponto de vista no GIF, não só os pesquisadores universitários, mas também todos os demais pesquisadores podiam contemplar as diversas possibilidades de repartição existentes entre objetividade e subjetividade que compunham as experiências no grupo.

Desse modo, as identidades que surgiam ao longo do processo de pesquisa-intervenção não eram forçosamente tidas como dados imutáveis ou como expressões de uma realidade mais fundamental. Era possível adotar momentaneamente a perspectiva da “loucura” e vê-la presente não apenas nas experiências dos usuários, mas também nas nossas próprias vivências. O grupo de familiares era um espaço privilegiado para esse exercício. Os participantes do grupo sempre se apresentavam por meio dos laços com seus parentes (“*sou a mãe de x*” ou “*a tia de y*”) e, durante as conversas, se dirigiam uns aos outros perguntando sobre as experiências dos usuários. As indagações eram formuladas de maneira curiosa, pois, muitas vezes, eles perguntavam “E com você, isso foi assim?”, referindo-se não à experiência do seu interlocutor naquele momento, mas sim à do usuário. As referências se entrecruzavam: através da experiência do participante do GIF, outras experiências eram convocadas. Isso dava origem a diversos mal-entendidos bastante interessantes e peculiares, como, por exemplo, o que ocorreu no dia 21/08/12 (diário de campo):

- “*Algum de vocês fala sozinho?*” pergunta Leonor (ela evocava indiretamente a experiência de sua filha). Edméia responde “*eu sim!*” e depois ri junto com o grupo, dizendo que não é louca...

Nesse caso (e em muitos outros), a definição de uma fronteira estrita entre loucura e sanidade era colocada em xeque. Às vezes eram situações divertidas; outras vezes, perturbadoras. A indeterminação quanto ao “sujeito” das experiências permitia ao grupo confrontar automatismos e, ao mesmo tempo, aproximar-se com menos temor daquilo que, a princípio, parecia completamente exótico ou forasteiro. Em outras palavras, produziam-se subjetividades mais propensas a estranhar o que até então era familiar e, simultaneamente, familiarizar-se com o que era estranho. Assim, os mal-

entendidos que iam surgindo no grupo podiam ser encarados como *mal-entendidos promissores*, tal como indica Despret (1999). Isto é, esses mal-entendidos propunham novas versões para o que se passava; construíam-se novas alternativas. Como vimos no capítulo 2, justamente nesse mesmo dia, 21/08/12, Marli e Edméia falaram sobre “sotaque” e “estilo” para se referirem ao comportamento de seus parentes – outras versões para comportamentos socialmente estigmatizados. Desse modo, no GIF, ao não sabermos ao certo a quem pertenciam as experiências sobre as quais conversávamos, percebíamos que definição de sujeitos e objetos não precisava ser absolutamente estável.

Contemplar a indefinição não significava, contudo, cultivar a confusão ou provocar uma instabilidade prejudicial aos membros do grupo. Variávamos as perspectivas na medida em que isso nos permitia escapar a um destino excessivamente estreito ou à incapacidade de agir de maneira autônoma. Como vimos, diversas situações em saúde mental são extremamente ambivalentes: os medicamentos ajudam e atrapalham (ESTROFF, 1998), assim como os diagnósticos, que desempenham diversas funções em diferentes níveis (pessoal, social, econômico) (BARRETT, 1998; LUHRMANN, 2001). Além disso, o próprio conceito de saúde mental pode ser visto sob o prisma do controle e como uma ferramenta de gestão neoliberal, distanciando-se da valorização da experiência e da autonomia que à primeira vista parecem lhe caracterizar (BELLAHSEN, 2014). Portanto, a experiência com o tratamento em saúde mental está longe de se apoiar em certezas inequívocas. Essas ambiguidades podem ser vividas com muita angústia. Evidenciá-las fora de um contexto de cuidado mútuo pode assustar e paralisar. No entanto, o “remédio” para esta dificuldade não é necessariamente fabricar uma certeza ou uma evidência, pois o preço desse gesto também é muito alto: negar determinados sentidos ou rotulá-los como falsos pode ser tão ou mais angustiante do que lidar com a polissemia e a variação, que persistem apesar dos esforços em contrário. As experiências com a GAM e com outros grupos, tais como os ouvidores de vozes ou o *Institut Dingdong*, mostram que é possível acolher a multiplicidade de sentidos para criar versões alternativas, menos fatalistas, para as dificuldades. No caso da GAM, tanto o grupo quanto o próprio Guia serviam de apoio para lidar com a variação de perspectivas, dando um contorno estável ao trabalho

e criando um ambiente de confiança¹². Cabe apontar, também, que esse trabalho se adequava às necessidades de cada grupo, considerando suas diferenças (o GIU e o GIF, por exemplo, mantiveram políticas diferentes quanto à entrada de novos participantes no grupo, de acordo com as possibilidades de cada situação).

Como vimos anteriormente, os familiares compõem um grupo particularmente sensível à polissemia das questões em saúde mental. O próprio termo “rede de apoio” denota a flutuação de sentidos com que lidávamos constantemente no GIF. O tema da “rede de apoio” foi um dos pontos mais importantes de trabalho com o Guia GAM-BR no GIF (trata-se de um tema presente ao longo de todo o Guia, mas especialmente trabalhado em um tópico dedicado ao tema no interior do terceiro passo “Ampliando a sua autonomia”). Para os familiares, o termo “rede de apoio” era especialmente equívoco: frequentemente eles são percebidos como a rede de apoio dos usuários e, ao mesmo tempo, eles convocam uma rede de apoio que ultrapassa o âmbito da família. Quando líamos o Guia no GIF, cada familiar evocava uma rede de apoio ampla, que abrangia a ele próprio e ao usuário simultaneamente (o que não o impedia de perceber-se como parte integrante da rede de apoio dos usuários, como vimos no gráfico da página 23 do Guia). Às vezes, os familiares entendiam essa rede como sendo composta por instituições públicas (incluindo os serviços de saúde); outras vezes, esses serviços não pareciam oferecer o apoio de que precisavam. Como indica a *Clinique de Concertation*, a imagem da rede de assistência que se tece em torno do usuário pode, a um só tempo, ser reconfortante e ser percebida como bastante assustadora¹³.

O reconhecimento de tais equivocidades convocava a atenção e a reflexão do grupo. Os sentidos do tratamento ou da saúde mental não estavam dados de antemão e não se podia assumir, de saída, um padrão ou um consenso quanto ao que significava cada experiência individual. “*Quem compõe a rede de apoio?*” ou “*como melhorar o tratamento?*” eram questões passíveis de serem recolocadas e reformuladas a qualquer momento pelo grupo. Com isso, eram de fato a rede e o tratamento que se transformavam. Ou seja, a equivocidade estava ao lado da capacidade de reflexão, de análise e de transformação, caras à GAM.

¹²Como vimos, esse tipo de função desempenhada pelo Guia o tornava próximo de um “objeto flutuante”, ferramenta da terapia sistêmica, uma vez que ele criava balizas para lidar com situações instáveis e potencialmente perturbadoras do ponto de vista existencial. Cf. nota 26 do capítulo 1.

¹³LEMAIRE, J-M. Comunicação pessoal, 2014. Cf. também COLLECTIF DE RECHERCHE DE LA CLINIQUE DE CONCERTATION, 2011.

Nesse sentido, os familiares são um grupo muito interessante para a abordagem da gestão autônoma, pois ocupam uma posição limítrofe no serviço, sendo vistos ao mesmo tempo como a rede de apoio dos usuários (e, portanto, como cuidadores), mas também como pessoas que precisam de cuidados. Essa dupla inserção fazia com que, no CAPS, universitários, trabalhadores e usuários precisassem se posicionar diferentemente em relação aos familiares a depender da situação. Assim, os familiares perturbavam os consensos e, a cada momento, redefiniam os limites da intervenção e os papéis a serem desempenhados no serviço. Eles obrigavam, enfim, a constantes reposicionamentos de todos, promovendo deslocamentos de ponto de vista no projeto GAM e no serviço. Em outras palavras, os familiares ajudavam a tornar nossos comportamentos menos automáticos.

Esta questão está ligada ao tema da análise, em sua dupla dimensão de pesquisa e de intervenção. Para analisar, é preciso, primeiro, reconhecer o ponto de vista do outro, aproximar-se de sua experiência de si e de mundo. Despret (2009) indica que esse movimento, de aproximar-se de um ponto de vista que nos é estranho, supõe a nossa participação, isto é, a participação do dito “observador” naquilo que é observado – observar é interpelar o outro de uma maneira singular e, com isso, produzir efeitos. Nada está dado de antemão. *Pensar como o outro implica pensar com o outro.* Portanto, compreender a experiência do outro é, também, cuidar de uma experiência comum.

A pesquisa da experiência em primeira pessoa se aliava, assim, aos efeitos terapêuticos que o grupo de familiares procurava cultivar. Construía-se o que Chauvenet, Despret e Lemaire (1996), em sua experiência com os grupos de famílias de refugiados da guerra, chamavam de “zona de sentido compartilhado” (“zone du sens partagé”, p.133) Ao cuidar de uma experiência comum, podia-se cultivar processos de autoreparação mútuos. Também eram processos dessa natureza que procurávamos desenvolver no GIF. Em seu trabalho, Chauvenet, Despret e Lemaire apontam para o fato de que muitos refugiados diziam resistir e sobreviver às dificuldades para cuidar dos outros (muito frequentemente, seus filhos) e que daí provinha sua força. Uma das participantes desse programa diz que pôde passar a ver as coisas de outra maneira em função das questões que os interventores lhe colocavam; ela pôde enxergar que outras pessoas que a cercavam estavam passando por experiências parecidas com as dela, de modo que poderiam aceitá-la e entendê-la. Trata-se, aqui, de “*penser autrui*” (p.188): pensar em outrem é também poder pensar de outra maneira. Ao permitir “*penser*

autrui”, o GIF se constituía como um grupo em que pesquisa e intervenção eram reconhecidas como inseparáveis (assim como eram também inesperáveis o cuidado de si e o cuidado com o outro).

A análise operava no grupo de forma a poder permitir pensar no outro/de outra maneira, entrecruzando as dimensões de produção de conhecimento e de intervenção. Sob este ângulo, a análise era inseparável do manejo cogestivo exercido nos GIs: o tema da “rede de apoio” remete ao tema da corresponsabilização, caro ao manejo. Do ponto de vista metodológico, o manejo permitia exercer, no grupo, gestos de corresponsabilização que teciam uma rede de fato apoiadora. Como contrapartida, a maneira de habitar outras redes também se transformava a partir do exercício da corresponsabilização no GIF.

Uma das expressões disso era o surgimento de uma nova repartição das tarefas e responsabilidades frente aos problemas que discutíamos. A responsabilidade pelo cuidado é uma ideia delicada. Frequentemente ela é entendida como um sinônimo de culpa individual, tanto em relação aos familiares quanto em relação aos trabalhadores. É comum que os familiares se sintam sozinhos e sobrecarregados por terem que cuidar de seus parentes usuários. Alguns se ressentem do fato de terem sido abandonados ou esquecidos por outros parentes, queixando-se do distanciamento da família e da incompreensão da sociedade. Também é comum que os familiares se sintam relativamente distantes dos trabalhadores, que, sobrecarregados e sem condições de exercerem seu trabalho, nem sempre conseguem estar presentes nas situações de dificuldade ou crise. Cuidar torna-se então uma tarefa a ser desempenhada quase individualmente. Nesse cenário, como vimos, é frequente ouvirmos os familiares se queixarem da Reforma Psiquiátrica, culpando-a pela sobrecarga que vivem.

Os trabalhadores, por sua vez, também se sentem igualmente sobrecarregados e se veem às voltas com dificuldades tão intrincadas que lhe parecem estar muito além da sua capacidade de ação. São problemas que envolvem a rede de saúde do município, os repasses de verba do governo, as condições do sistema educacional... Em muitos casos, para tentar minimizar essas dificuldades, os trabalhadores se veem desempenhando funções que escapam às suas atribuições formais e, não raro, eles também culpam as famílias por “não estarem cumprindo a sua parte”. A imagem da família que praticamente “abandona” o usuário aos cuidados do serviço assombra as equipes. Além disso, outra questão importante para os trabalhadores é a repartição de responsabilidades entre as diferentes categorias profissionais: espera-se que psiquiatras, assistentes sociais,

psicólogos atenham-se, cada um, aos seus campos de trabalho e cumpram suas funções de acordo com suas especialidades. Situações de indefinição quanto às incumbências individuais são frequentemente vividas com impaciência e revolta pelas equipes como um todo.

Assim, um dos efeitos mais importantes da GAM-BR no GIF foi o aparecimento de mudanças nesse cenário de repartição e compreensão da responsabilidade. O acesso ao plano coletivo tornava cada vez mais difícil pensar a responsabilidade em termos individuais ou causais, como acontece de maneira automática. A GAM permitia a coletivização dos problemas, seja pelo manejo cogestivo, seja pela conexão entre temas heterogêneos promovida pelo Guia. A análise de uma determinada situação envolvia a passagem por diferentes perspectivas, que acabavam por reconfigurar e redimensionar toda a situação. Pessoas e temas se conectavam, de modo que a responsabilidade pelas questões que discutíamos podia ser mais amplamente compartilhada. A GAM promovia, assim, uma espécie de contaminação: os problemas não estavam isolados uns dos outros e eles envolviam cada vez mais gente.

Com os familiares, havia uma progressiva ampliação da rede. Se antes alguns problemas eram vividos individualmente, agora eles podiam ser divididos com o grupo, que, por sua vez, interferia de maneira cada vez mais ativa nas situações que discutíamos juntos. Ao mesmo tempo, perceber a complexidade da rede e as muitas pessoas e instituições envolvidas ajudava os familiares a transformarem os frequentes sentimentos de culpa pessoal que viviam frente às dificuldades.

Com os trabalhadores, se dava um efeito parecido. Os problemas iam ganhando sentidos diversos, não podiam mais ser “resolvidos” por um único especialista. Os temas abordados nos GIs envolviam aspectos extremamente díspares e, ao mesmo tempo, inseparáveis; o uso de medicamentos, por exemplo, não se reduzia a questão à perspectiva biomédica, mas também não se podia abrir mão dessa perspectiva. Desse modo, o Guia provocava discussões que reverberavam em toda a equipe e convocavam a presença de cada vez mais trabalhadores, incitando uma responsabilidade coletiva. Tratava-se de uma experiência semelhante a *Clinique de Concertation*, cujo fundamento é a criação de um espaço para cuidar do encontro e do debate de experiências heterogêneas:

Ainsi à un problème admirablement terre à terre, les cliniques de concertation apportent elles-mêmes une réponse admirablement pragmatique : créer des espaces relativement neutres permettant aux différents individus

engagés à un titre ou à un autre – voire sans titre, simplement parce qu'ils se sentent concernés –, de se retrouver de sorte à potentialiser ainsi les dynamiques positives qui tiennent à ce que les uns sont prêts à faire pour les autres, mais non pour soi. Bref, mettez les problèmes *ensemble* et vous trouverez une solution. C'est en additionnant les problèmes qu'on les résout ! Merveilleuse arithmétique de cette clinique. (MANIGLIER, 2006, p. 5)

Tal como na *Clinique de Concertation*, o GIF apostava no efeito terapêutico do cuidado com o outro e da inclusão da heterogeneidade. A crescente “complicação” dos problemas tornava-se a chave da expansão progressiva do trabalho e da construção coletiva de respostas (também coletivas). No caso do GIF, como vimos, esses efeitos de expansão apareciam com o desejo dos familiares de que novos membros participassem do grupo, bem como no desejo da trabalhadora de apresentar a narrativa na reunião de equipe. No CAPS, a GAM gerou um efeito de contágio em relação a equipes de outros serviços da saúde mental, pois passaram a acontecer fóruns periódicos entre os trabalhadores da rede para discutir questões que estavam mobilizando os GIs. Assim foi o caso, por exemplo, da discussão que se iniciou no GIU sobre o papel da medicação, o direito a recusá-la e o que fazer quando a medicação estava em falta no serviço. Essa conversa transbordou o GIU e levou a equipe do CAPS a debater o manejo de situações de agressividade. (Do ponto de vista dos familiares e da equipe, a medicação estava com frequência associada a uma contenção da agressividade, enquanto os usuários se queixavam da violência de serem medicados contra sua vontade). Conversando sobre o tema, a equipe do CAPS se deu conta de que esse problema não estava restrito ao serviço, mas incluía outras pessoas, estava inserido em outras redes. Foi um dos pontos de partida para que realizassem fóruns municipais contando, dessa vez, com a presença também da equipe do Ambulatório do Município e planejando para a próxima reunião convidar a equipe do Pronto-Socorro. Os efeitos se multiplicavam para a rede de serviços de saúde do município e, às vezes, para outros serviços públicos e privados (como a empresa de transportes, por exemplo).

Esse efeito de expansão da GAM-BR coloca em xeque a noção de responsabilidade individual, frequentemente tida como uma contrapartida da autonomia. Do ponto de vista dos automatismos sociais, entende-se, de um lado, a autonomia como atributo de um sujeito; de outro, espera-se, como consequência, que o sujeito aja

“responsavelmente”. Trata-se de um mecanismo análogo ao do juízo na ciência, a que nos referimos anteriormente¹⁴.

Hache (2007) aponta que, contemporaneamente, a noção de responsabilidade individual tem sido extremamente valorizada. Apoiando-se nas observações de Michel Foucault, Hache indica que o contexto sociopolítico do neoliberalismo demanda uma permanente (auto) vigilância, em que cada um deve “fazer a sua parte” e se responsabilizar individualmente pelo seu próprio bem-estar e sua saúde. Assim,

Il [o neoliberalismo] demande au contraire aux individus de s'autonomiser et de se 'responsabiliser'. Cette réorganisation de l'État passe par un transfert de ses responsabilités traditionnelles – propres à l'État providence – aux individus et institutions privées (éducation, sécurité, travail, etc.) (HACHE, 2007, p. 51)

Neste panorama, o modelo a ser seguido é o de um comportamento individualmente responsável, sendo que a responsabilidade, aqui, ganha tintas culpabilizantes.

Para Hache, uma forma de oferecer resistência a esse tipo de concepção neoliberal da responsabilidade seria reabilitarmos a noção de dependência. Reconhecermos nossa dependência e nos ocuparmos do bem-estar de outros que dependem de nós são maneiras de desafiar a ideia de que cada sujeito responde apenas por si. Em outro texto a propósito da noção de moralidade, Hache e Latour (2009) indicam que a responsabilidade se dá em ato, graças ao gesto de responder ao apelo de algo ou alguém¹⁵. A responsabilidade corresponde, assim, a um engajamento, resultado de reconhecermos as diversas conexões que compõem as redes nas quais nos inserimos. Ramos (2012), apoiando-se nas ideias de Roberto Tykanory, tece observações semelhantes em relação ao GIF: a autonomia no grupo não estava relacionada à anulação dos elos de dependência, mas sim à sua proliferação. Portanto, o GIF era um elemento fundamental para a estratégia de coletivização promovida pela GAM-BR, em sintonia com os princípios do SUS, pois o trabalho do grupo de familiares evitava que o

¹⁴ No capítulo 2, esse tema aparece relacionado às pesquisas sobre falsas lembranças, que evidenciam o papel judicativo das/nas ciências, onde uma suposta objetividade serve de garantia ao consenso social. Neste capítulo, no tópico anterior, os experimentos de duplo cego vêm ilustrar o princípio de julgamento que procura reger a determinação de responsabilidades, atribuindo-as a entidades definidas individualmente.

¹⁵ « Il doit se contenter de suivre au plus près l'étymologie du mot *respondeo* : je deviens responsable en *répondant* – par l'action ou par la parole – à l'appel de quelqu'un ou de quelque chose » (HACHE ; LATOUR, 2009, p. 144)

Guia se tornasse apenas um instrumento de promoção do autocontrole. Este não é um risco desprezível em relação ao Guia GAM: de acordo com Emily Martin (2009), as formas de conceber a saúde mental e o tratamento são hoje fortemente influenciadas pelas técnicas gerenciais e pela noção de sucesso e produtividade no ambiente corporativo, sobretudo na cultura norte-americana. Assim, as pessoas são instadas a governarem a si mesmas e a coletarem todo tipo de informação sobre sua própria subjetividade e intimidade, escrevendo relatórios ou até mesmo elaborando gráficos e diagramas.¹⁶ Pretende-se com isso levá-las a assumir a responsabilidade individual por seus estados “internos”. Como consequência desse tipo de operação de escrutínio, proliferam-se os transtornos, como indica Frances (2013), e enxergam-se potenciais patologias em cada gesto do cotidiano. Além disso, promove-se um óbvio enfraquecimento das redes de apoio coletivo e um menosprezo da importância dos fatores sociais como componentes legítimos do sofrimento psíquico. Diante desse panorama, o GIF mostrou-se uma peça-chave para compreendermos como trabalhar com o Guia de modo a favorecer o cuidado compartilhado.

A análise que realizávamos em grupo, com a ajuda do manejo cogestivo, acompanhava a “análise de dados” da pesquisa-intervenção. Tal como no manejo, a análise do material produzido pela pesquisa (áudios, memórias, narrativas) privilegiava a corresponsabilização na produção de conhecimento. Seja com os grupos narrativos, seja pela abordagem enativa do material, procurávamos incluir nas atividades acadêmicas as diferentes experiências, evitando a ideia de que o pesquisador é o único responsável pela elaboração de sentido na pesquisa.

Como vimos no capítulo 2, para a abordagem enativa o conhecimento não é a representação de um mundo dado, nem equivale à apreensão de informações (VARELA, 1994; RENAULT, 2010). A abordagem enativa, como vimos, baseia-se no conceito de enação desenvolvido por Francisco Varela no domínio das ciências cognitivas. Mostrando o entrelaçamento entre o objeto pesquisado e o ato de pesquisar, a abordagem enativa (tal como a empregávamos na GAM-BR) espera acessar a

¹⁶ Há, por exemplo, diversos aplicativos para *smartphones* endereçados às pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar, com o objetivo de ajudá-las a mapear constantemente os seus humores. O *iMoodJournal* (desenvolvido pela Inexika Inc.) é apresentado no *iTunes* da seguinte maneira: “This beautiful app is an ultimate mood journal, personal diary and charting tool. It will help you discover causes of your ups and downs, and get surprising insights into yourself!” (Cf. <https://itunes.apple.com/br/app/imoodjournal/id517952128?mt=8>). Já o *Moody Me* (desenvolvido pela MedHelp) é descrito como um “rastreador de humor” (mood tracker) que permite a visualização das flutuações de humor nos último 90 dias em formato de calendário ou de gráfico. (Cf. <https://itunes.apple.com/br/app/moody-me-mood-diary-tracker/id411567371?mt=8>).

experiência de coemergência de si e de mundo. Trata-se de um princípio teórico-prático de consequências importantes para a noção de responsabilidade. Isto porque, em primeiro lugar, não nos sentíamos autorizados a nos apropriar das falas dos participantes do grupo sem fazer referência ao próprio dispositivo de pesquisa. Com isso, evitávamos abordar as vivências do grupo como representativas de quaisquer identidades e procurávamos sempre considerar o caráter de produção do próprio dispositivo; em segundo lugar, porque encarávamos a produção de conhecimento como uma construção coletiva, no duplo sentido de que ela está necessariamente aquém e além das formas subjetivas.

Desse modo, a percepção progressiva da inseparabilidade entre *identidade* e *experiência* a que conduz a abordagem enativa equivocava os hábitos judicativos: as responsabilidades não se sustentavam por muito tempo como sendo propriedade de um sujeito. Na verdade, ocorria uma inversão dessa ideia: entendíamos que tornar-se responsável fabricava um sujeito. Isto era especialmente evidente no GIF, pois, à medida que o trabalho progredia, ficava cada vez mais difícil isolar as responsabilidades pelo cuidado.

Como já mencionado anteriormente, o trabalho do biólogo Francisco Varela vem ao encontro de algumas obras de filósofos como Alfred North Whitehead (1861-1947), Henri Bergson (1859-1941) e John Dewey (1859- 1952), que também se afastam da tradição que concebe sujeito e objeto como entidades dadas. Suas obras afirmam, de diferentes maneiras e em diferentes contextos, a impossibilidade de se estabelecer de maneira prévia à experiência um corte definitivo entre sujeito e objeto, ou entre aquele que conhece e aquilo que é conhecido.

Na obra de Whitehead, por exemplo, vimos no tópico anterior a sua denúncia contra a bifurcação da natureza, empreendida por grande parte da filosofia ocidental. Em uma natureza bifurcada, identidade e experiência estão fundamentalmente separadas. Muitas metodologias de pesquisa qualitativa são herdeiras desse tipo de compreensão e supõem que analisar é determinar a fronteira entre o permanente e o instável, entre a objetividade e a subjetividade. A experiência estaria ao lado de uma subjetividade instável, falseadora, enquanto a identidade seria permanente e dotada de certo tipo de objetividade.

A abordagem enativa da experiência, no entanto, acompanha a proposição de Whitehead, segundo a qual a repartição entre identidade e experiência não é

fundamental ¹⁷. Nas palavras de um dos mais importantes comentadores de Whitehead, o conhecimento deve ter outro ponto de partida: “Il s’agit de prendre le donné comme il nous est donné, sans faire de division préliminaire entre l’apparent et le réel (...)”(WAHL, 1932, p. 129). Grande parte das “análises de dados” realizadas pelas pesquisas (mesmo por aquelas ditas qualitativas) realiza tal divisão, atribuindo à experiência determinadas fronteiras que são construídas pela própria análise.

Whitehead, contudo, indica que a experiência não se confunde com os juízos que realizamos sobre ela. Ao procurarmos delimitar a fronteira entre subjetividade e objetividade - ou entre o que nos aparece e o que de fato existiria para além desta aparência, supondo se tratar de seus aspectos componentes originais -, estamos de fato analisando a experiência sob uma determinada perspectiva, que já pressupõe de antemão esta delimitação.

Essa discussão sobre uma suposta diferença de natureza entre o aparente e o real é importante para o manejo cogestivo e a intervenção no/do GIF graças à sua relação com o problema da atribuição de responsabilidades (ainda que em uma escala diferente daquela de uma moralidade pessoal). Admitir a bifurcação da natureza significa supor que por trás do fenômeno experimentado haveria uma natureza “mais real” que a causaria. A análise procuraria, segundo essa concepção, discernir as causas dos fenômenos. Assim, a pretensão de cientificidade da psicologia sempre se confundiu com o incremento de seu aparato judicativo (EIRADO et al, 2006); busca-se atribuir responsabilidades e definir as causas dos fenômenos para encontrar maneiras supostamente seguras de proferir juízos.

A abordagem enativa se opõe a esse modo de fazer pesquisa empenhado em determinar causas. Segundo a enação, a experiência cognitiva não se define pelo efeito (subjetivo) de uma causa (objetiva). Em termos ainda mais gerais, a experiência não tem uma causa, isto é, ela não é determinada por algo que lhe seria externo – daí sua noção de autonomia, segundo a qual o ser vivo se caracteriza por especificar suas próprias condições de existência (MATURANA; VARELA, 2005). Desse modo, uma abordagem enativa da experiência cognitiva se afasta da tradição majoritária das ciências cognitivas, isto é, de seus estudos de variáveis e de relações de causa e efeito.

Sob este aspecto em particular, a ciência está em continuidade com o senso comum: há um automatismo social na busca pela determinação de causas. Julga-se

¹⁷ Parte dessa discussão é devedora do curso “*Questions de théorie de la connaissance*”, ministrado por STENGERS, I. no segundo semestre de 2013 na ULB (Université Libre de Bruxelles).

constantemente o caráter de realidade daquilo que se observa. É possível encontrar esse tipo de atitude judicativa em situações sociais corriqueiras – e ela está presente de forma especialmente aguda no contexto da saúde mental, em que parece haver um abismo entre a realidade “objetiva” (consensual) e as experiências “subjetivas” (idiossincrásicas). Não era de se espantar, portanto, que a atitude judicativa estivesse presente nos grupos de intervenção GAM. A abordagem enativa, ao oferecer uma resistência a esse tipo de juízo sobre a experiência, servia assim tanto ao manejo cogestivo quanto mais diretamente à pesquisa acadêmica (isto é, à produção de textos e à articulação do sentido teórico-metodológico da pesquisa-intervenção).

O problema da atribuição de causas aos fenômenos vivenciados pelos usuários era vital para os familiares, afetando profundamente suas vidas. Mais uma vez, percebíamos que os problemas que preocupavam os familiares e os problemas de metodologia com os quais nos víamos às voltas no GIF eram semelhantes – ainda que, como na maioria das vezes, a perspectiva dos familiares se apoiasse em questões existenciais muito básicas. Não se tratava de um problema supérfluo para eles. Para os familiares, a questão da atribuição de responsabilidade se manifestava não apenas no tema do cuidado, mas também em uma preocupação quanto à etiologia dos sintomas vividos pelos seus parentes. O GIF, como dissemos, era um grupo composto em sua grande maioria por mães. Muitas delas se perguntavam com frequência se elas seriam as responsáveis pela situação atual de seus filhos e se elas teriam alguma culpa no seu adoecimento. Muitas delas puderam, ao longo dos encontros do GIF, expressar suas hipóteses a este respeito, desenvolvidas a partir da inquietação em torno desse tema (*para um exemplo de como essa preocupação se manifestava no grupo, conferir o extrato da memória do dia 03/07/12, no Anexo V*).

Tanto familiares quanto trabalhadores compartilham uma preocupação semelhante acerca dessa questão, ambos formulando hipóteses quanto às causas dos fenômenos que afetam os usuários. No entanto, essas hipóteses podem diferir bastante. Do ponto de vista da psiquiatria (que não necessariamente é corroborada pelos trabalhadores), a aposta é a de que, com o avanço da medicina e dos recursos tecnológicos à disposição dos pesquisadores, será possível determinar, enfim, as causas físicas (subentendidas como “mais reais”) dos sinais e sintomas que caracterizam os diagnósticos psiquiátricos. Trabalha-se para detectar o desequilíbrio químico ou especificidade anatômica que os explicariam e grande parte dos esforços atuais de pesquisa dedica-se a

este objetivo. As teorias etiológicas majoritárias hoje tendem a considerar a experiência subjetiva um fenômeno secundário.

Contudo, essa hipótese difere radicalmente daquelas apresentadas pelos familiares e amigos dos usuários (e, não raro, por trabalhadores, sobretudo aqueles que se orientam mais predominantemente por uma abordagem psicodinâmica). Segundo essas hipóteses, a origem dos transtornos é existencial: está ligada à história de vida, às experiências que usuários ou familiares atravessaram, ao seu círculo de relações e à sua trajetória individual. Trata-se de um repertório mais rico, isto é, mais complexo, do que aquele desenvolvido pela tradição predominante das pesquisas científicas. Nos relatos dos familiares, as condições de existência atuais se ligam a múltiplos outros fatores que vão além dos determinantes biológicos. São relatos complexos, que conectam pessoas diferentes, temporalidades distintas e que traçam a história de uma família ou de um grupo social.

Apesar de sua riqueza, essas hipóteses raramente encontravam a oportunidade de serem compartilhadas. Por diversos motivos, os familiares tendiam a guardar para si mesmos essas hipóteses: ou por não haver surgido um espaço de confiança, ou por nunca terem sido perguntados a respeito, ou por temerem compartilhar seu ponto de vista com aqueles que supunham saber mais... Vividas como uma convicção íntima de um nexos causal, essas diferentes hipóteses só apareciam quando deixávamos momentaneamente de lado a atitude judicativa. Tornava-se possível, então, contemplar a diversidade das explicações e tomá-las como diferentes versões das experiências sobre as quais conversávamos.

O termo “versão” faz referência direta ao trabalho de Vinciane Despret (1999; STENGERS; DESPRET & collective, 2014). A ideia de versão pode ser compreendida tomando-se como ponto de partida o seu sentido primitivo, isto é, como um exercício de tradução oposto ao “tema” (STENGERS; DESPRET & collective, 2014). O tema é o exercício de traduzir um texto escrito em nossa língua materna para uma língua estrangeira; trata-se de um exercício de fidelidade e conformidade com um texto original. Já a versão consiste em traduzir um texto em língua estrangeira para nossa própria língua, exercício no qual se pode experimentar mais concretamente a multiplicidade de maneiras de se traduzir algo. Se diversos tradutores de diversas nacionalidades partem de um mesmo texto e procuram vertê-lo, cada um para a sua língua materna, todos eles se debruçam sobre um problema comum: a língua do texto original não é a de nenhum deles. Nesse caso, “fidelity is not a norm one obeys, it is a

problem to which no one response corresponds.” (STENGERS; DESPRET & collective, 2014, p.62).

A diversidade de versões que apareciam no grupo de familiares em relação à etiologia dos sintomas eram tentativas de co-responder a um problema comum. Não havia uma norma única que servisse de parâmetro para julgar a adequação dessas respostas. Podíamos perceber que, em cada caso, diferentes escolhas eram feitas. Ao mesmo tempo, percebíamos também que essas escolhas não eram arbitrárias: tal como em um exercício de versão, havia uma preocupação concreta em responder a um problema de maneira confiável e que fizesse sentido.

A multiplicidade de versões nos fornecia, assim, uma pista em relação a um problema metodológico ligado à análise: qual o papel da versão fabricada pela própria pesquisa-intervenção? Essa questão está ligada ainda a outra pergunta: qual a responsabilidade do pesquisador frente à produção de sentidos e articulações para a experiência de pesquisa? Pensar essa questão em termos de “versão” pode ser útil:

(...) passing from theme to version obviously does not resolve the problem¹⁸, but it does transform it. The multiplicity of versions is no longer what must be overcome, or what one must acknowledge (a sad or ironic relativism). A version always signals the existence of other versions, versions which do not tell the same story, or offers variations (...) Its interest is not to erase all the others, but to create, or make apparent, relations which the others silenced, or to which they gave another meaning. (STENGERS; DESPRET & collective, 2014, p.62)

A ideia de versão ajuda a compreender o problema da responsabilidade da pesquisa-intervenção (ou do pesquisador): sua incumbência não era produzir uma versão única ou consensual. Não se pretendia com a pesquisa-intervenção produzir uma síntese, muito menos uma hierarquia entre as versões. Por outro lado, também não era sua pretensão apenas apontar a existência de versões diferentes e contentar-se em aceitar sua relatividade, designando-as como “subjetivas”. Conceber o trabalho de pesquisa-

¹⁸ Trata-se mais especificamente aqui do problema das diferentes teorias científicas a respeito das emoções e as versões dos etnopsicólogos que inspiraram o trabalho de Vinciane Despret (1999). Sob um ponto de vista mais geral, trata-se do problema da oposição entre objetividade (dizer o que a emoção “realmente é”) e uma suposta subjetividade (relativa a pontos de vista pessoais). Recorre-se à ideia de versão para criar alternativas a essa oposição binária entre uma norma, de um lado, e o relativismo, de outro, já que, em um exercício de versão, ninguém diz que os textos finais são “relativos” aos tradutores.

intervenção como produção de versões significava incentivar a corresponsabilidade. Isso permitia à “análise de dados” escapar à escolha forçada de uma bifurcação da natureza, segundo a qual seria preciso escolher entre a norma de um tema e um relativismo indiferente. Procurávamos, antes, criar um espaço onde diferentes versões pudessem aparecer e outras novas versões pudessem ter lugar. A análise servia para abrir espaço a esse exercício e evitar que uma versão silenciasse a outra. Nesse sentido, o GIF era um espaço de multiplicação de versões e criação de controvérsia.

A controvérsia só começava a aparecer de fato quando versões díspares podiam conviver lado a lado. No GIF, procurávamos, por exemplo, acolher e cultivar as diferentes versões explicativas para os fenômenos vividos pelos usuários. Às vezes os familiares concebiam versões biológicas para a etiologia desses fenômenos; outras vezes, os trabalhadores acreditavam que um trauma ou o ambiente familiar eram determinantes para o aparecimento dos chamados transtornos psiquiátricos. Outra vez, eram os familiares quem defendiam versões ligadas à história pessoal. Pontos de vista se entrecruzavam e se perturbavam mutuamente. Uma versão fazia, necessariamente, referência à existência de outras. Quando o GIF funcionava cultivando a controvérsia, era possível lidar com as dificuldades geradas pela absoluta autoridade de uma única versão. Endereçar versões a outras pessoas (e ouvir as histórias dos demais participantes do grupo) gerava muitos efeitos. Podia-se, por exemplo, duvidar do nexos causal apresentado pelos outros participantes: uma explicação “pouco convincente” era logo questionada pelo grupo (*cf.* Anexo V). A dúvida a respeito dos argumentos utilizados por um determinado participante correspondia, com frequência, a uma forma de cuidado exercida pelos demais: questionar um nexos causal era indicar para o outro que ele não tinha razão em se sentir tão culpado. Questionar o outro servia, por fim, como um modo de hesitar em relação às suas próprias explicações. Ao cuidar do outro, cada participante podia também pôr em dúvida suas hipóteses, alterando suas próprias convicções. Ou seja, o GIF articulava¹⁹ os relatos, permitindo que cada participante pusesse em palavras suas experiências e ouvisse as versões dos demais, gerando efeitos transformadores.

O manejo do grupo não negava, portanto, as explicações causais; ele as acolhia e, de fato, acabava as fazendo proliferar. Surgia não apenas uma versão, mas várias,

¹⁹ O termo “articulação”, aqui, é compreendido de acordo com o trabalho de Vinciane Despret (2004b) e, portanto, em referência também ao trabalho de Bruno Latour, em particular Latour (2007), segundo o qual “tornar-se articulado” significa primordialmente tornar-se capaz de ser afetado por diferenças - e de responder também diferentemente ao que nos afeta.

diversas, que se complementavam, se contradiziam e se alternavam. Mais importante, no entanto, era o fato de que essas versões se afetavam: elas tocavam aqueles que as ouviam e afetavam-se mutuamente, transformando-se. Certamente o GIF não resolvia todas as questões de culpa individual, nem esgotava as inúmeras dificuldades (científicas, teóricas, existenciais, sociais) ligadas ao problema da etiologia; ainda assim, o grupo promovia uma intervenção, porque tornava disponível um espaço em que se podia experimentar outra coisa. Podia-se, a partir dessas transformações, responder diferentemente às dificuldades, assumindo-se uma posição ativa – responsável –, mas sem necessariamente fazer com que essa resposta remontasse a uma causa. Percebíamos que não era preciso viver sempre a responsabilidade como obrigação ou culpa.

Para nós, pesquisadoras universitárias, a abertura desta trama complexa de relações entre versões também foi destituindo o isolamento de nossa própria versão. Éramos constantemente exigidas a questionar compreensões simplistas. Fomos levadas a questionar também se as diferentes versões que encontrávamos eram de fato contraditórias e, sobretudo, se caberia a um pesquisador universitário escolher a mais correta dentre elas, analisando-as para enfim apresentar uma síntese coerente e convincente que pusesse fim à contradição.

Ao invés disso, a pesquisa-intervenção cultivava a multiplicidade. A tarefa das pesquisadoras universitárias era muito mais promover a participação na pesquisa do que assumir individualmente a formulação de um sentido. A participação se dava, portanto, justamente no cerne da pesquisa - na “análise de dados”. Geralmente identificada à produção de sentido e à formulação de uma compreensão mais ou menos definitiva acerca da experiência de investigação, a análise tende tradicionalmente a ser o momento em que a participação dos demais é mais reduzida. Na tradição científica, a análise corresponde a uma responsabilidade quase exclusiva do pesquisador (mesmo que sua pretensão seja “dar voz” à suposta objetividade da qual foi testemunha). Em contraposição, quando se entende a análise como uma forma de preservar a multiplicidade de versões, a produção de sentido torna-se um exercício a ser compartilhado. É preciso encontrar um problema comum, a partir do qual se pode fabricar engajamento e corresponsabilização. Como indica Moraes (2010), tratava-se de pesquisarCOM – um modo de fazer pesquisa em que a intervenção não se dá *sobre* o outro, mas *com* o outro. Moraes indica que essa forma de pesquisar difere radicalmente da tradição científica que tende a situar toda a capacidade de agir do lado do

pesquisador. Essa assimetria é especialmente evidente quando se discute a “análise de dados”. Portanto, pesquisar *com* o outro é também analisar *com* o outro; é um convite à produção de novas versões acerca dos problemas que investigamos.

A análise, assim, também era uma forma de intervir no campo da saúde mental. A corresponsabilização na produção de sentido repercutia na compreensão acerca da responsabilidade em outros espaços. A noção de responsabilidade ganhava novos sentidos e podia ser vivida de maneiras diferentes no grupo e fora dele. Em relação à questão etiológica, por exemplo, esse exercício analítico ajudava os familiares a diminuir seus sentimentos de culpa, pois eles podiam se reposicionar quanto as suas próprias crenças ao questionarem as teorias explicativas dos demais participantes. Para os trabalhadores, tornava-se possível alterar, mesmo que em situações pontuais, o esquema de repartição de responsabilidades entre as diferentes especialidades. Como não se podia determinar uma única causa para as dificuldades, também ficava muito mais difícil atribuir todo o trabalho a uma única especialidade. O cuidado a ser exercido no CAPS aparecia para todos como um problema a ser debatido e negociado, a partir do qual diversas versões podiam surgir.

A análise funcionava como o acesso a diferentes versões em torno de problemas comuns, permitindo que um sentido até então tido como inequívoco pudesse ser questionado. Em outras palavras, a análise gerava proliferação de sentidos em torno das questões e não a definição de um entendimento único. Assim, a análise coincidia com uma experiência de colaboração mútua: pesquisar tinha efeitos terapêuticos.

Podemos, então, destacar um último aspecto da análise no GIF: seu caráter participativo. Se a análise não era uma tarefa apenas dos pesquisadores, a função analítica circulava entre todos os participantes, tanto mais quanto maior a contração do grupo. A participação crescia à medida que todos se apropriavam dos instrumentos que, inicialmente, chegavam pela mão dos universitários. A pesquisa era, então, um método para convocar a participação e a autonomia, tendo efeitos terapêuticos sobre a rede, isto é, sobre as relações entre as pessoas e os serviços. Cabe apontar que esses efeitos não se restringiam à presença dos pesquisadores universitários, uma vez que pesquisar não era sua exclusividade: a pesquisa como método terapêutico continuou no serviço mesmo após a saída dos pesquisadores universitários. Novos grupos GAM foram criados, com a monitoria de usuários e familiares. Os familiares construíram, após a saída dos universitários, a Associação de Familiares, Amigos e Usuários da Saúde Mental do Município de São Pedro da Aldeia, a ASSAMESPA

(<http://assamespa.blogspot.com.br/>), consolidando a ampliação da participação e da autonomia. Um dos efeitos mais importantes do trabalho com o Guia GAM-BR no CAPS de São Pedro da Aldeia foi, então, abrir espaço a uma reflexão coletiva. Discutiremos a relação entre análise e participação no capítulo seguinte.

4. Análise e participação

No dia 13/11/12, líamos na página 80 do Guia um pequeno texto intitulado: “**A escolha em participar mais ativamente no Tratamento**”. Estávamos presentes Izaura, Leonor, Adriana (estagiária de serviço social que acompanhou o grupo durante alguns encontros), Bruno, Maria Zilma, Alípio, Paulo, Vera, Lorena e eu. À época, Vera estava atravessando um período muito difícil cuidando do seu irmão. Ela e Paulo eram dois casos particulares no GIF, grupo majoritariamente composto por mães: ambos estavam ali por conta de seus irmãos. O irmão de Vera já vinha há alguns meses se recusando a frequentar o CAPS. Morando sozinho com ele, Vera se queixava com frequência do comportamento de seu irmão. A convivência era difícil e uma internação lhe parecia uma das únicas soluções possíveis – ou, pelo menos, parecia um apoio para lidar com os problemas de relacionamento. Experiências anteriores haviam lhe indicado que a internação o ajudava a regular melhor sua rotina e seus horários. Vera e seu irmão não conseguiam negociar as regras de convivência na casa; ela ficava preocupada e desgastada pelas decisões que ele tomava, como atrasar o horário dos remédios à noite, não se alimentar, sair sem dizer para onde ia ou a que horas voltava, etc.¹

Ao conversarmos sobre a escolha de seu irmão em tomar os remédios mais tarde, todos entendíamos as suas razões: ele queria assistir TV à noite (tomando os remédios mais cedo, ele dormia logo e perdia os programas que lhe interessavam). No entanto, essa sua decisão afetava Vera, que acabava acordando tarde no dia seguinte e não conseguia organizar a rotina da casa como pretendia.

Ao conversarmos no GIF sobre a participação ativa do usuário no tratamento, Vera apresentou ao grupo suas dificuldades em relação ao seu irmão:

Meu irmão, quando não quer participar das coisas, diz: ‘essa não é a hora que eu como, essa não é a hora que eu durmo...’ (registro de áudio)

Vera se sentia refém dessa situação e muitos outros participantes do grupo também já haviam vivido dificuldades parecidas.

¹ Esse relato foi elaborado a partir dos registros de diário de campo e áudio, tendo sido posteriormente modificado de acordo com as indicações de Vera – como veremos a seguir, alguns trechos deste trabalho foram lidos e aperfeiçoados pelos familiares e trabalhadores participantes da GAM no CAPS Casarão da Saúde.

No entanto, enquanto conversávamos sobre essas dificuldades, algo aconteceu: Paulo lembrou-se de seu irmão. Ele nos contou que seu irmão inventava muitas histórias para obter vantagens. Ele também gostava de tomar decisões sozinho e fazer as coisas “do seu jeito”. Embora o conteúdo de seu relato tivesse semelhanças com as dificuldades de convivência sobre as quais conversávamos, a maneira como Paulo contava ao grupo suas experiências era bastante diferente. Ele narrava as histórias de seu irmão em um tom divertido e até um pouco orgulhoso:

Ele faz dinheiro com uma facilidade...!

Outro dia, contou uma história [na rua, em um estacionamento], falou que morava em Santa Catarina e que precisava do dinheiro para inteirar a passagem.

Paulo aproveitou para comentar com o grupo que qualquer um também poderia conseguir dinheiro com facilidade se quisesse e deu as indicações de como seu irmão fazia para consegui-lo (todos nós ouvimos bastante interessados e rimos juntos da possibilidade de fazermos o mesmo). Ele terminou seu relato afirmando:

Eu acho ele [meu irmão] muito esperto...!

Vera, ao ouvir esse relato, também se divertia com as histórias do irmão de Paulo. Então, ela própria comentou: o irmão de Paulo provavelmente faz essas coisas para se proteger...

Esse pequeno trecho mostra que o problema da participação para o grupo de familiares tinha múltiplos sentidos: participar do tratamento, participar da vida em família, tomar parte na vida da cidade... Para cada um desses casos, podia-se, ainda, pensar ora pela perspectiva dos usuários, ora pela perspectiva dos próprios familiares, ora pela perspectiva dos trabalhadores. Em algumas situações, “participar” era quase um sinônimo de decidir sozinho; em outras, significava pedir ajuda e convocar a participação de outras pessoas nas decisões a serem tomadas. Havia diversas camadas da noção de participação que não eram coincidentes. Cada uma funcionava segundo sua própria lógica e comportava suas próprias condições.

Ainda que não se recobrissem, esses diferentes aspectos da participação se afetavam mutuamente. Participar (ou recusar-se a participar) de algo tocava também outras pessoas, tinha efeitos sobre a participação em outros grupos ou em outras situações. Não era óbvio, enfim, o que significava “a participação” (encarada como uma faculdade abstrata), nem se podia assumir a princípio que ela era necessariamente benéfica². Para o grupo de familiares, por exemplo, não estava claro de início em quê a participação em uma Associação poderia ajudá-los.

Para compreender como esses aspectos da participação se entrecruzavam, cabe destacar um tipo de participação especial que pode ser depreendido do relato acima: a participação na análise da pesquisa. Como vimos no capítulo anterior, a análise em jogo na pesquisa-intervenção da GAM-BR supunha a proliferação de versões para problemas em comum. Aqui, o relato de Paulo promoveu uma importante intervenção; ele gerou novos sentidos para um problema que muitos compartilhavam no grupo e que podia ser vivido com tristeza e exasperação. Seu relato oferecia um pequeno desvio; ele sugeria uma maneira de valorizar um comportamento pouco usual e talvez reprovável, mas que, visto sob determinado ângulo, revelava qualidades positivas, das quais era possível se orgulhar. Essa perspectiva podia modificar substancialmente o cenário. A intervenção de Paulo foi analítica.

Isso equivale a reafirmar de outro modo uma das conclusões dos capítulos anteriores: que a análise na pesquisa-intervenção não era uma incumbência exclusiva dos pesquisadores universitários. Acompanhando a noção de analisador desenvolvida pela Análise Institucional (LOURAU, 1975), é possível afirmar que a análise propriamente dita não foi exercida por um indivíduo em particular (seja ele um universitário, seja ele um familiar), mas sim pelo próprio acontecimento; ainda assim, esse acontecimento não foi fortuito e deveu-se, em grande parte, à sensibilidade e ao senso de oportunidade de Paulo, que levou à frente a reflexão proposta pelo Guia e ajudou a manejar o grupo³. Paulo ocupou momentaneamente a posição de analista, que circulava entre os participantes à medida que o grupo se contraía.

² Agradeço a Izaque Miguel pelas indicações a respeito desse tema ao longo de todo o processo de pesquisa-intervenção.

³ “Com efeito, não se deve assimilar o analisador ou os analisadores a um ou a vários indivíduos que serviriam de ‘compadres’ ao analista. Em compensação, é verdade dizer que a passagem ao ato institucional supõe a passagem à palavra (uma provocação, no primeiro sentido do termo) e por conseguinte exige a mediação de indivíduos particulares, cuja situação na organização lhes dá acesso à singularidade de ‘provocadores’.” (LOURAU, 1975, p. 285)

A análise no GIF demandava participação, tanto na sua dimensão de pesquisa quanto na de intervenção. Nos dois casos, a análise e a participação se retroalimentavam - por um lado, a análise fabricava participação; por outro, ela ganhava determinadas características graças à participação crescente de diversas pessoas e instituições que, de um modo ou de outro, iam se envolvendo com o trabalho analítico.

Assim, duas questões se colocam: de que modo as diversas formas de participação afetam a análise e as formas de fazer pesquisa, produzir conhecimento e intervir? E, em contrapartida, quais são os efeitos de uma análise participativa sobre outras dimensões da participação (por exemplo, no tratamento em saúde mental ou no exercício da cidadania)?

Cabe destacar antes de mais nada que a participação sempre foi uma das prioridades do Projeto GAM-BR. Procurando apoiar a participação dos usuários nas decisões relativas ao seu tratamento medicamentoso, a GAM se estruturou, ela própria, sob uma forma participativa, fazendo valer a experiência dos usuários nas discussões sobre o tema e, conseqüentemente, na definição dos rumos da pesquisa-intervenção. Ou seja, a GAM se organizou de modo a fazer convergir o método e os seus objetivos. O Projeto previu diversas instâncias de participação⁴. Como vimos, o manejo dos grupos de intervenção (GIs) se dedicava a apoiar a participação e a inclusão dos diferentes pontos de vista no debate. A gestão da pesquisa estava aberta à participação de usuários e trabalhadores, que eram convidados a frequentar as reuniões multicêntricas da pesquisa⁵. Usuários, trabalhadores e familiares eram então convidados a participar e organizávamo-nos para garantir sua presença nas reuniões (providenciando o financiamento de suas passagens, hospedagem, etc.). Os grupos narrativos (GNs), por sua vez, procuravam sustentar a participação na produção de conhecimento e na articulação da experiência dos grupos GAM.

⁴ Sob esse aspecto, a GAM-BR se aproxima da tradição da “pesquisa participante”, que, tendo sua origem nas abordagens da pesquisa-ação de Kurt Lewin (*cf.* capítulo 3), se desenvolveu na América Latina nas décadas de 1970 e 1980 procurando agir sobre realidades sociais injustas, apoiando grupos minoritários. Recebeu grande influência do trabalho de Paulo Freire e da educação popular. Trata-se de uma tradição com múltiplos braços, que têm em comum a noção de que “(...) a pesquisa é ‘participante’ não apenas porque uma proporção crescente de sujeitos populares participa de seu processo. A pesquisa é ‘participante’ porque, como uma alternativa solidária de criação de conhecimento social, ela se inscreve e participa de processos relevantes de uma ação social transformadora de vocação popular e emancipatória.” (BRANDÃO, 2006, p. 32)

⁵ Vale lembrar que, bimestralmente, pesquisadores universitários das diferentes universidades envolvidas no projeto (UNICAMP, UFRGS, UFRJ e UFF) reuniam-se para discutir as experiências nos diferentes campos e construir um entendimento comum sobre as decisões a serem tomadas.

Essa configuração participativa não era arbitrária, mas sim uma tentativa de responder a um problema bastante específico: a baixa participação dos usuários nas decisões relativas aos medicamentos. Seja nos casos de hipermedicação, seja nos casos de falta de medicamentos, as decisões sobre o tratamento medicamentoso raramente estão abertas às experiências dos usuários. De seu ponto de vista, tratam-se quase sempre de escolhas impostas.

É importante observar que a relação entre escolha e participação não é simples. Há hoje no campo da saúde a forte presença do que Mol (2008)⁶ denominou “lógica da escolha”. A lógica da escolha reproduz na saúde a noção liberal do “indivíduo” como um cidadão esclarecido, bem informado e, sobretudo, independente, capaz de decidir sozinho aquilo que seria melhor para si. Segundo essa lógica, participar do próprio tratamento equivaleria a realizar escolhas individuais. A concepção de indivíduo é central para a lógica da escolha, pois é sobre esse indivíduo (esclarecido e independente) que recai a responsabilidade de decidir se ele quer ou não um determinado tratamento, ou se ele aceita ou não correr determinados riscos ou sofrer os efeitos colaterais que um tratamento pode acarretar. De maneira coerente com essa lógica, também é o indivíduo que será responsabilizado caso suas atitudes presumidamente coloquem em risco outras pessoas (caso ele se recuse, por exemplo, a tomar uma vacina ou a seguir um tratamento de saúde mental). A decisão do indivíduo exime, ainda, a responsabilidade do médico ou da equipe de saúde diante de determinadas complicações que possam surgir durante um tratamento, caso o usuário tenha consentido em assumir seus riscos.

A lógica é muito semelhante àquela do próprio Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento fundamental para os comitês de ética em pesquisas com humanos, como vimos no capítulo 1. O TCLE obedece, nas pesquisas, a uma atitude análoga à lógica da escolha no campo da saúde. Ele se apoia sobre o “esclarecimento” dos riscos para obter o consentimento de cada um dos participantes. A decisão em participar ou não da pesquisa assume o caráter de uma escolha baseada na responsabilidade individual. Com um documento comprovando o consentimento do participante, o pesquisador se exime da responsabilidade frente a qualquer intercorrência (favorável ou adversa) prevista no termo.

⁶ Agradeço a professora Márcia Moraes pela referência.

Como Despret muito bem demonstrou (2011a), esse tipo de atitude também está presente na presunção do anonimato e do segredo em psicoterapia (bem como do anonimato dos “sujeitos” participantes de uma pesquisa). Embora alegadamente o anonimato sirva para proteger o participante da pesquisa ou o paciente, não é difícil perceber que na maioria dos casos ele está muito mais à serviço do profissional (pesquisador ou trabalhador de saúde). É o profissional quem está sendo protegido pelo documento e pelo fato de o outro assumir a responsabilidade por sua própria participação. Também é o pesquisador ou terapeuta quem está sendo protegido pelo anonimato do participante e pelo chamado “segredo profissional”: sua autonomia profissional está a salvo da interferência tanto de outros trabalhadores quanto dos “leigos” que presumidamente sequer entenderiam seu trabalho. Despret demonstra que a noção de segredo profissional prolonga a própria etimologia da palavra (*secretus*, particípio passado de *secernere*, separar), sendo aquilo que marca fronteiras entre as disciplinas e mantém afastados *experts* e leigos.

Mol, contudo, indica que a lógica da escolha, com sua estratégia de responsabilização individual, não é a única presente no campo da saúde. Na verdade, ela sequer é a mais compatível com as práticas que de fato ajudam as pessoas que precisam de algum tratamento. Mol contrasta a lógica da escolha com o que ela denominou de “lógica do cuidado”, na qual não necessariamente as decisões seguem o padrão de uma escolha forçada entre alternativas pré-definidas.

Enquanto a lógica da escolha se define por uma oposição entre “sim” e “não”, entre escolher ou recusar alguma coisa já dada, a lógica do cuidado supõe a invenção de novos problemas e a criação de novas alternativas. Se a lógica da escolha vê os seus limites definidos pelo critério da decisão individual, a lógica do cuidado opõe-se à negligência e insiste em criar possibilidades que tenham efeitos terapêuticos e transformadores. Ao invés de celebrar a independência, a lógica do cuidado acolhe os diversos laços de dependência que nos unem, dispondo-se a acompanhar um percurso que se prolonga no tempo e a criar alternativas que não existiam antes do encontro terapêutico. Essa lógica se apoia sobre situações singulares e depende da criatividade dos que se envolvem em sua prática, isto é, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado.

Mol chama a atenção para o fato de que a lógica da escolha em saúde pode, em muitas ocasiões, ser bastante cruel e em nada terapêutica. Se alguém procura um tratamento em saúde, deixá-lo só com decisões difíceis pode ser uma atitude bem

distante da ajuda de que ele de fato precisa. A ideia de “demanda” vem corroborar esse tipo de lógica: ajuda-se apenas àqueles que “têm uma demanda” e a apresentam de maneira voluntária, por conta própria. Em saúde mental, as práticas de cuidado dificilmente podem se basear apenas nesses critérios, pois diversas situações nesse contexto desafiam radicalmente os preceitos da lógica da escolha. Para que alguém decida se quer ou não seguir um determinado tratamento medicamentoso, por exemplo, provavelmente terá que experimentar diferentes medicamentos e diferentes dosagens, que vão interferir em sua vida de maneiras até certo ponto imprevisíveis; diante da indefinição desse percurso, o usuário não deve ser forçado a abrir mão de acompanhamento e ajuda a cada vez que precisar “decidir” sobre alguma mudança nos remédios. Tais decisões *são* o tratamento e dúvidas e incertezas fazem parte do percurso. Para dar outro exemplo, é importante lembrar que muitos familiares vão ao serviço buscando ajuda para os seus parentes, convocando respostas que não se limitam à ideia de demanda voluntária⁷.

Assim, uma escolha forçada entre “tomar” ou “não tomar” um medicamento psicotrópico não necessariamente significa acolher a participação dos usuários dos serviços de saúde mental. Isso é ainda mais evidente em contextos de precariedade, como o que encontramos em São Pedro da Aldeia: as alternativas colocadas à disposição da escolha individual frequentemente não são capazes de promover uma transformação concreta na vida das pessoas. Nesse contexto, realizar escolhas é insuficiente. O ideal do “usuário ativo” (como aquele capaz de escolher), portanto, não guia as práticas de cuidado: “The crucial question, therefore, is not how active we are, but what kinds of activities we engage in.” (MOL, 2008, p. 9). Poderíamos dizer que o mesmo vale para a participação - o importante não é saber o grau de participação, mas saber em quê e como ela se dá.

No caso dos usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares, havia ocasiões em que eles nos diziam querer deliberadamente delegar decisões e abster-se de participar. Quando, por exemplo, discutimos a página 60 do Guia no GIF (que trata sobre o tema da bula), alguns familiares nos disseram que preferiam não saber o que

⁷ Como vimos no capítulo 1 (nota 19), essa ideia vem ao encontro daquela descrita por Chauvenet, Despret e Lemaire (1996) de que nem sempre a demanda de tratamento vem daqueles que mais precisam e que, portanto, um trabalho que se queira terapêutico deve se adaptar a esse fato e não se restringir a oferecer apoio apenas àqueles que procuram tratamento para si próprios. Essa ideia também vem ao encontro da proposta terapêutica da *Clinique de Concertation* (COLLECTIF DE RECHERCHE, 2010-2011), que nos convida a passar de uma “análise das demandas” a uma “análise das ativações”: “L’activation produite par une absence peut être plus importante que celle entraînée par une présence” (p. 12).

diziam as bulas dos medicamentos que seus parentes utilizavam (que, aliás, têm uma lógica bastante semelhante à do TCLE, discorrendo sobre todas as possíveis intercorrências como forma de proteger, sobretudo, os fabricantes dos medicamentos). Enquanto alguns preferiam lê-las porque se sentiam mais esclarecidos e seguros quanto ao que fazer e mais capazes de conversar com a equipe de saúde, outros se sentiam impressionados e assustados com as informações que elas traziam. Para estes, a presumida exigência de ler a bula para tornar-se “ativo” e “participativo” simplesmente não fazia sentido. Para que a proposta ganhasse alguma pertinência, muitas outras questões entravam em jogo, sendo preciso articulá-las de maneira a transformar todo o cenário, ao invés de considerarmos apenas as alternativas “ler” ou “não ler” a bula.

Callon e Rabehaisoa (1999) discorrem sobre uma situação que comporta algumas analogias com o GIF. Eles tratam de um caso em que há, em outro contexto, uma deliberada atitude de delegação de decisões e uma recusa da participação em determinados debates públicos. Callon e Rabehaisoa, sociólogos, entrevistaram Gino, portador de distrofia muscular de cinturas (DMC), uma doença neuromuscular de origem genética. O irmão de Gino também é portador da doença, mas, enquanto seu irmão tem uma participação ativa na associação dos portadores do transtorno, Gino não se interessa pelo movimento associativo e não participa de quaisquer de suas atividades, preferindo ficar em casa com sua família. A propósito de sua fraca implicação no movimento associativo, os sociólogos propuseram uma entrevista para compreender seu ponto de vista (fazendo da entrevista um dispositivo de construção de uma arena pública).

Gino participa muito pouco da entrevista. Ele prefere deixar seu irmão e sua esposa falarem em seu lugar e oferece poucas explicações sobre sua decisão de não participar do movimento. Quando perguntado por que não participa dos encontros promovidos pela associação, ou por que não consulta os médicos com mais regularidade, Gino dá respostas lacônicas; ele diz que prefere outras atividades (como jogar futebol) e que sabe que os médicos não podem ajudá-lo (de fato, a DMC não tem cura e Gino é portador de uma forma moderada da doença, conseguindo realizar muitas atividades cotidianas sem grande dificuldade). Gino dá ainda mostras de não ter entendido, ou não querer entender, as possibilidades de transmissão genética da doença, recusando a importância de submeter seus filhos a testes genéticos. Gino, enfim, se recusa a participar de quase todas as formas instituídas de associação destinadas aos que, como ele, são portadores dessa doença.

Uma forma de compreender a atitude de Gino seria atribuí-la ao seu egoísmo ou culpar sua falta de inteligência e percepção. Callon e Rabehaisoa, no entanto, não se limitam a entender o posicionamento de Gino como uma particularidade individual ou como índice de sua falta de mobilização ou consciência política. Eles procuram compreender a que questões se destinam suas recusas. Quando Gino rejeita o saber médico ou o movimento associativo, ele está também rejeitando algumas condições do debate público tal como ele é frequentemente concebido hoje. Um dos principais pressupostos desse debate é a de que sua unidade básica é um sujeito independente, capaz de argumentar e justificar racionalmente suas decisões. Para Gino, isso não faz sentido: sua atitude está ligada a um vivido existencial e não apenas a uma argumentação racional. Ou seja, sua fala pouco articulada não se apoia sobre argumentos, mas sobre uma experiência que não se encaixa nas exigências de racionalidade do presumido debate público.

Em um contexto liberal, entende-se de maneira mais ou menos automática que o Estado deve garantir a autonomia do indivíduo, tida como a sua esfera privada de escolha. Trata-se, nesse caso, de uma forma bem específica de definição tanto do espaço público quanto do espaço privado (que, aliás, sempre se definem mutuamente). Contudo, é justamente tal forma de definição que é colocada em xeque pelas recusas de Gino. A ideia de uma autonomia vigiada, equivalente à escolha individual, é desafiada:

En refusant d’entrer, autrement que de manière provisoire, dans l’arène publique que tentent d’établir ses interlocuteurs, Gino montre que son objectif n’est pas sauvegarder son intimité ou sa vie privée. Ce contre quoi il résiste, c’est une certaine manière de définir simultanément *et* la sphère privée *et* la sphère publique. (...) la résistance passive de Gino fait éclater au grand jour (...) que le prix à payer pour être un individu libre (et responsable) de ses choix privés, c’est : a) d’accepter d’entrer dans un monde public où des options ont été patiemment construites et rendues visibles à tout un chacun; b) de pouvoir discuter publiquement, à tout moment, ses choix privés, c’est-à-dire les options qu’on a retenues. (CALLON; RABEHAISOA, 1999, p.216)

O que nos interessa depreender dessa discussão (e que se aproxima das questões surgidas no GIF) é a crítica da ideia de que participar do debate público equivaleria a escolher entre opções já dadas⁸. Essa não é a única maneira de participar – e nem de

⁸ Para Callon e Rabehaisoa, a atitude de Gino pode sugerir, ainda, que alguns coletivos talvez devam se manter opacos, relativamente avessos à articulação com outros coletivos e não podem ser “capitalizados” para uma unificação do debate público.

definir o público e o privado. A recusa em escolher, ou em participar de certas formas instituídas de associação, pode perfeitamente equivaler a uma recusa (de caráter político, público) das alternativas que se apresentam.

A GAM-BR funciona como a criação de uma mini-esfera pública onde novas alternativas podiam ser fabricadas. Tal como no caso de Gino, em que a entrevista com os sociólogos serviu como dispositivo de construção de uma arena pública, também os GIs serviam para criar um espaço coletivo de discussão, no qual as fronteiras entre o público e o privado não estavam dadas de saída. Nesses grupos, sensações que antes eram apenas individuais podiam então ser partilhadas, tornando-se acessíveis aos outros⁹. Dizíamos, nesse sentido, que o dispositivo GAM equivalia à realização de entrevistas coletivas (SADE *et al.*, 2013). Nos GIs, o vivido existencial e a argumentação racional em torno de um tema se entrecruzavam. Aos poucos, questões que pareciam inteiramente privadas (o tratamento medicamentoso, a convivência em casa) eram também apropriadas por outros membros do grupo e mostravam sua pertinência pública. Elas podiam se articular com questões que diziam respeito ao sistema de saúde, às políticas de pesquisa, à produção de conhecimento. Essa era uma construção coletiva, que acontecia gradualmente e que não se opunha à preservação da intimidade e da esfera privada (o fato da fronteira entre público e privado ser móvel não significava que a privacidade devesse necessariamente deixar de existir).

É possível afirmar que os GIs promoviam uma politização das questões acerca das quais debatíamos, fabricando uma autonomia coletiva (ao invés de tão somente sustentar a capacidade de escolha individual). Callon e Rabehaisoa indicam que a construção do espaço público é inseparável de uma dimensão crítica e reflexiva associada a essa mesma construção. Os GIs punham em prática justamente tal dimensão crítica, estreitamente ligada ao problema da análise.

As dimensões da análise de que tratamos anteriormente (tais como sua capacidade de promover articulação entre temas, conectar experiências heterogêneas e de fazer proliferar versões para problemas comuns) faziam com que questionássemos as próprias alternativas postas à disposição para serem escolhidas. Tais alternativas precisavam ser constantemente reformuladas, graças às experiências dos participantes dos grupos. Essas experiências, por sua vez, evocavam as perspectivas de outros, em

⁹ “Pour devenir privés, un problème, une émotion, une pratique doivent être soustraits au regard, au toucher, à l’odorat, à l’ouïe, etc. La mise en discussion, la communication des émotions et des témoignages, supposent à l’inverse la construction d’un espace commun de perception qui permet à chaque locuteur de s’appuyer sur des sensations partagées.” (CALLON; RABEHAISOA, 1999, p. 206).

uma articulação cada vez mais complexa. O trabalho de análise não opunha resistência a essa articulação, ao contrário¹⁰. Assim, muitos outros pontos de vista participavam do trabalho - mesmo que fossem pontos de vista de pessoas que não participavam diretamente dos GIs. A análise, tal como a realizávamos, supunha a participação de todos na definição dos problemas comuns e na formulação de respostas.

Em outras palavras, mais do que apenas uma instância adicional de participação pública, os grupos de intervenção da GAM-BR serviam para estabelecer novas delimitações entre o público e o privado. Com esse gesto, sujeitos e objetos se constituíam diferentemente e novas alternativas podiam ser contempladas (alternativas que permitiam, inclusive, a realização de novas escolhas pessoais). No GIF, por exemplo, tornou-se possível discutir de maneira coletiva uma atitude que até então era vivida de maneira quase privada: esconder os remédios na comida do usuário. Essa questão era tratada como um segredo (ainda que fosse conhecida de maneira mais ou menos tácita pelos familiares, trabalhadores e, em muitos casos, pelos próprios usuários). Tratá-la como um segredo equivale, como indica Despret (2011a), a assumir uma determinada fronteira entre o público e o privado. O segredo prolonga a fabricação de certo tipo de interioridade (para algumas abordagens psicoterápicas, trata-se da interioridade psicológica). Torná-la uma questão de interesse público transformava as definições dessa interioridade. Evidentemente, tratava-se de uma questão delicada e torná-la pública não significava divulgá-la descuidadamente ou “confessá-la”. Considerando a delicadeza da questão, os GIs podiam ser um espaço de confiança nos quais se podia discuti-la segundo novas bases, experimentando aos poucos novos limites. Nesse contexto de confiança, a atitude de esconder os remédios não remetia (ou, pelo menos, não remetia apenas) a uma interioridade psicológica, a problemas familiares ou a relacionamentos disfuncionais. Ao invés disso, podia-se progressivamente passar de uma experiência privada, quase secreta (ocultar a utilização do remédio), a uma dimensão mais pública da experiência, em que o uso da medicação se torna uma questão mais acessível e passível de ser compartilhada segundo novos critérios.

Assim, as fronteiras entre o público e o privado não estão dadas de uma vez por todas. A GAM-BR se aliava a esse trabalho de redefinição dos limites do espaço

¹⁰ Trata-se de uma indicação bem próxima a de um dos três princípios reguladores da *Clinique de Concertation*: “S’adapter au potentiel extensif activateur du réseau convoqué par les membres de la famille sans lui opposer de limite. Accepter et s’allier à l’ouverture.” Disponível em : www.concertation.net.

público, trabalho este que não prescinde da participação. Ao mesmo tempo, os GIs ajudavam a transformar nossas ideias sobre interioridade psicológica ou responsabilidade individual. Tais transformações tinham efeitos significativos no cuidado. Produzir conhecimento de maneira participativa significava reinventar os limites de si e do mundo, recurso terapêutico decisivo no âmbito dos GIs. Assim, a intervenção de Paulo no trecho que vimos no início desse capítulo é também um gesto de cuidado, com Vera, com o grupo e com o tema que debatíamos (a participação).

Isso não significa que as instâncias de participação já instituídas, tais como as assembleias ou as associações, sejam desimportantes. Ao contrário, elas asseguram a consolidação (ainda que provisória) dessas novas fronteiras do espaço público, ampliando o alcance dos efeitos potencialmente benéficos que alcançávamos nos GIs. Assim, todos os mecanismos de garantia da participação no Sistema Único de Saúde (SUS) são de fundamental importância e serviam de inspiração e de horizonte para as instâncias de participação no Projeto GAM-BR. A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 198, que estabelece como diretrizes do SUS a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade (BRASIL, 2003)¹¹. Já a lei Nº 8.142 de 1990 dispõe especificamente sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 1990). Segundo essa lei, a participação popular é incluída em todas as suas esferas de gestão, prolongando o esforço de democratização do qual o nosso próprio sistema público de saúde é fruto. Dois espaços privilegiados de participação são previstos por esta lei: os Conselhos de Saúde, órgãos deliberativos que funcionam mensalmente em cada esfera de governo, e as Conferências de Saúde, fóruns públicos que acontecem de quatro em quatro anos (BRASIL, 2013).

A participação popular, portanto, é um direito previsto em lei. Contudo, ainda que a nossa legislação preveja mecanismos destinados a promovê-la, sua simples existência não garante que essa participação ocorra de fato. Como observam Costa e Paulon (2012), há sempre o risco de burocratização desses espaços, sejam eles os conselhos, as associações ou os próprios serviços de saúde tais como o CAPS. De maneira análoga, referindo-nos especificamente ao contexto da saúde mental, pode-se dizer que não basta a regulamentação em torno dos direitos dos usuários para que eles sejam de fato exercidos no cotidiano; é preciso também que, ao lado dessas ferramentas

¹¹ Cf. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf;

legais, existam outras formas de fomento à participação e de garantia de direitos no dia-a-dia dos serviços. Ou, em outras palavras, “não basta apenas avançarmos na formulação e na aprovação de programas e políticas públicas de saúde mental se não atentarmos para a dimensão micropolítica de produção de subjetividade” (COSTA; PAULON, 2012, p. 573).

O tema dos direitos ocupava o primeiro plano do trabalho do grupo GAM na UFF. O Projeto que desenvolvemos em São Pedro da Aldeia se intitulava “*Autonomia e Direitos Humanos: Validação do Guia de Gestão Autônoma Da Medicação (Guia GAM)*”, deixando claro que a questão dos direitos e da cidadania era, para nós, estratégica. Entendíamos que o tema dos direitos é inseparável do tema do cuidado: exercer a autonomia e ver seus direitos garantidos são maneiras de promover a própria saúde mental. Contudo, “os direitos” não são uma evidência. Muitas questões singulares acerca dos direitos humanos se colocavam para os participantes dos GIs e não podiam ser respondidas com um mero recurso à legislação. Quando discutíamos no GIF, por exemplo, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (cujos trechos são reproduzidos na página 46 do Guia), líamos que “Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema”¹². No entanto, o que é um tratamento adequado e efetivo em saúde mental?¹³ O que é efetividade nesse contexto? Sequer o problema era claro, pois os familiares, os usuários e os trabalhadores tinham, cada um, versões diferentes acerca do que era problemático. Mesmo nos casos em que todos concordávamos acerca de um determinado direito, como fazê-lo valer nos serviços de que dispomos? Par dar outro exemplo, é importante lembrar que o Guia, em sua inspiração canadense, sublinha o direito de recusar os medicamentos psiquiátricos. Em São Pedro da Aldeia, no entanto, o direito de acesso aos medicamentos sequer estava

¹² A íntegra da Terceira Edição da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde está disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf

¹³ Esta é uma questão complexa inclusive para a própria legislação. Par dar um exemplo no contexto norte-americano, Luhrmann (2001) narra o caso ocorrido nos anos 1980 - *Osheroff x Chestnut Lodge* -, que é um marco simbólico do embate ideológico entre o paradigma psicodinâmico e o paradigma biomédico de tratamento. Osheroff foi admitido na clínica Chestnut Lodge como interno, apresentando sintomas de ansiedade e depressão; foi submetido a um tratamento de orientação psicanalítica, em que a equipe se recusava a medicá-lo por considerar que os remédios interfeririam em seu processo psicoterapêutico. Depois de sete meses sem apresentar melhoras, sua família o retirou dessa clínica o internou em outra instituição, na qual ele foi medicado e apresentou progressos significativos em seus sintomas em apenas três semanas. Em 1982, Osheroff processou a primeira clínica que o acolheu, alegando negligência. O caso foi resolvido somente bem mais tarde, em 1988, fora dos tribunais, mas a opinião pública deu um ganho de causa moral a Osheroff. O que estava em jogo nesse caso era justamente o direito do paciente a um tratamento efetivo. No Brasil, embora disputas legais desse gênero sejam mais raras, não é difícil encontrar entre as pessoas a noção de que um atendimento médico é efetivo e adequado quando há prescrição de exames e medicamentos.

garantido, pois os remédios frequentemente estavam em falta. Para os familiares, o direito de acesso à medicação era muito importante e acompanhava o seu desejo de ver uma melhora rápida e palpável de seus parentes. Enfim, quais eram os direitos a serem reivindicados, o que eles significavam e quais eram as suas especificidades no campo da saúde mental não eram pontos pacíficos. Como afirmávamos ainda no Projeto de adaptação do Guia GAM-BR, realizado em 2009,

A noção que herdamos de defesa dos direitos humanos nasce das lutas travadas pela burguesia europeia contra o absolutismo, estando marcada, desde seu início, pelos princípios da individualidade e da universalidade. (...) A universalidade é o princípio norteador da defesa dos direitos do indivíduo e toda luta pelos Direitos Humanos assenta-se no pressuposto de um fundamento da humanidade, fundamento que se confunde com o sentimento de propriedade definidor da experiência individual burguesa. (FAPERJ, 2009, p.7)

A definição dos direitos humanos, portanto, pode apresentar um caráter excessivamente abstrato, distanciado da perspectiva concreta de primeira pessoa. É insuficiente basear a participação popular na reivindicação de direitos que sequer têm um sentido concreto na vida das pessoas. Daí o papel importante a ser desempenhado pela análise tal como a praticávamos. A análise aponta simultaneamente para a heterogeneidade e para a responsabilidade coletiva - para a multiplicidade de versões e para a comunidade de um problema. A análise, assim, era uma ferramenta útil para discriminar as singularidades dos direitos humanos e estabelecer uma base comum para a participação.

A noção de “comum” é bastante cara ao método cartográfico de pesquisa-intervenção (KASTRUP; PASSOS, 2014). Acompanhando as ideias de François Jullien, Kastrup e Passos indicam que o plano comum a que se reporta a cartografia não é nem universal, nem homogêneo. Ao extrapolar as fronteiras entre indivíduos, instituições, disciplinas ou corporações, o comum se abre à heterogeneidade e convida ao protagonismo. É isso que vai conferir o caráter participativo à cartografia. A participação se torna uma forma de lutar contra a abstração e a unificação que contaminam a ideia de comunidade.

A participação que caracteriza a cartografia, portanto, não se confunde com a participação burocrática em espaços previamente destinados a esse fim. A participação em cartografia supõe protagonismo: o “objeto” de pesquisa passa a ser um agente no

processo de produção do conhecimento (trata-se do que os autores denominaram “protagonismo do objeto”). Portanto, é possível entender a participação na cartografia como sendo analítica no duplo sentido da ideia: a participação se dá *no* processo de análise e ela *gera* análise. Kastrup e Passos lembram que a participação não está garantida pela simples inclusão dos diferentes sujeitos na pesquisa-intervenção. De maneira análoga, no contexto da intervenção em saúde mental, Costa e Paulon (2012) chamam a atenção para o fato de que nem toda forma de participação permite protagonismo. O protagonismo dos usuários em seu tratamento e na gestão dos serviços é um desafio que ainda persiste para a Reforma Psiquiátrica, a despeito de todos os seus avanços. Tanto nos processos terapêuticos quanto na produção de conhecimento, a participação é muitas vezes mitigada por práticas que não apostam de fato no protagonismo.

Consequentemente, a análise tem um importante papel a desempenhar no suporte à participação. Nesse sentido, o protagonismo equivale justamente à participação na análise, em sua dimensão crítica e articuladora de heterogeneidades. Ou seja, a participação na pesquisa-intervenção é máxima quando ela se dá no coração do processo de produção de conhecimento, isto é, na análise. Ao nos fazer desconfiar de evidências e distinguir singularidades em blocos aparentemente homogêneos, a análise obriga a uma reinvenção constante das leis e dos mecanismos instituídos de participação. Ao mesmo tempo, ao tornar mais instáveis as fronteiras entre público e privado, a análise permite uma reinvenção do espaço público, fazendo com que os direitos ganhem um estatuto mais encarnado. Torna-se possível até mesmo reconhecer um direito como legítimo independentemente do fato de ele estar ou não previsto por uma legislação. Essa é uma condição básica para que surja o interesse por instâncias já instituídas de participação, nas quais se pode lutar por propostas de mudanças legislativas. A participação, assim, não era apenas um direito a mais a ser assegurado; ela era a condição para assegurar o exercício de outros direitos.

Curiosamente, o caráter abstrato das leis com frequência se expressa no campo da saúde mental por gestos de individualização dos problemas. Nos CAPS, por exemplo, a assistência social é uma das especialidades mais próximas da luta por direitos e pela garantia do cumprimento das leis. Não é difícil, contudo, perceber que nos CAPS a assistência social está, de um modo geral, muito mais voltada à resolução de problemas individuais, pontuais, que à coletivização e à politização das questões. Normalmente, a assistência social é uma especialidade bem próxima dos familiares. São

estes quem, com frequência, a consultam para tomar as providências relativas à obtenção dos benefícios sociais e à garantia do direito de gratuidade nos transportes coletivos. Salvo exceções, essas medidas tendem a ficar no âmbito restrito de cada família, que, por sua vez, tende a participar muito pouco do processo, deixando grande parte do trabalho a cargo do/a assistente social. A burocracia é complicada e toma tempo, o que torna muito difícil para as famílias participar e acompanhar o que está acontecendo. Todo o processo acaba se tornando destacado dos direitos que estão em jogo e o máximo que se consegue compartilhar são dicas e manobras para lidar com os mecanismos burocráticos. No GIF, não era raro que a discussão sobre os direitos se tornasse rapidamente uma discussão sobre procedimentos burocráticos ou técnicos. Por exemplo, quando conversávamos sobre o direito ao benefício do INSS, discutíamos quase imediatamente as formas de calcular a renda familiar ou a maneira pela qual o usuário devia se apresentar à perícia médica. Ainda que fossem questões fundamentais e bastante pertinentes para o dia-a-dia das famílias, elas acabavam absorvendo toda a discussão sobre os direitos. Diante desse quadro, a legitimidade do direito de ter uma renda quando se está incapacitado para o trabalho parecia uma abstração longínqua.

O Guia procura enfrentar essa abstração explorando não apenas o conhecimento sobre a legislação, mas também as experiências concretas em torno do tema dos direitos. Em que os direitos ajudam na promoção do sentimento de dignidade e de participação na vida social? Ainda que o Guia tenha um papel informativo, essa não é a sua tarefa preponderante. Na página 43 do Guia, por exemplo, há a seguinte afirmação: “Mas o direito não é só a lei. Ele é construído no dia-a-dia, na relação com as pessoas.” A análise na pesquisa-intervenção da GAM-BR era justamente um instrumento para acessar e cultivar essas singularidades presentes no dia-a-dia, explorando o tema dos direitos no contexto concreto de uso de medicamentos psicotrópicos.

Assim, a discussão que fazíamos nos GIs sobre o exercício dos direitos não estava baseada em formalizações ou contratos (assim como, aliás, o consentimento em relação à participação na pesquisa não se baseava apenas na assinatura do TCLE). Mol (2008) chama a atenção para o fato de que a lógica da escolha que permeia o campo da saúde tem suas raízes em uma concepção bastante específica de cidadania, segundo a qual o cidadão se define por determinados contratos sociais que o levam a assumir direitos e deveres. A esse respeito, Mol (2008, p.33) afirma: “Civil laws frame the relations between people, whom they call citizens, as contracts”. As relações de cuidado

resumem-se, segundo essa lógica, a contratos, ainda que tais contratos sejam assumidos de forma implícita.

Essa visão contratual das relações entre as pessoas comporta muitos riscos. A formalização contratual de um direito pode, progressivamente, acabar o transformando em um dever. Esse era um risco que se apresentava com muita frequência durante a leitura do Guia GAM-BR: em diversas ocasiões, o direito ao medicamento era visto como uma regra a ser obedecida, tanto no GIU quanto no GIF. Ou seja, quando conversávamos sobre o direito de acesso ao medicamento, o entendimento de que havia o dever de “tomar o remédio direitinho” nunca estava muito longe. Tobie Nathan (2006), reportando-se ao prefácio de Isabelle Stengers a um de seus livros¹⁴, também se refere a esse desafio político que se impõe quando um direito se torna ferramenta para operações de regularização:

Cette possibilité de retournement me semble signaler une véritable faille de la pratique politique, faille dont profitent toutes les opérations de régularisation. De la lutte pour que tous les enfants accèdent à l'instruction, par exemple, au devoir d'acquérir les diplômes sans lesquels on ne vaut pas grand chose; ou des luttes ouvrières qui ont inventé l'assurance chômage l'on aboutit au devoir, pour les chômeurs, de prouver qu'ils sont "motivés", "méritants", qu'ils font tout pour trouver un travail. (STENGERS *apud* NATHAN, 2006, p. 3)

Nessas operações de regularização, perde-se toda a especificidade da luta por um determinado direito, restando apenas uma exigência que vale para todos – isto é, para “qualquer um”.

É justamente contra tal imperativo do “qualquer um” que se mobilizava a análise nos GIs. Politicamente, esse imperativo se expressa pelo esvaziamento das singularidades destes que reivindicam um determinado direito. Nas pesquisas, esse imperativo gera o que Despret (2011a, p.20) denominou “efeito sem nome”: os ditos “sujeitos” de uma pesquisa se veem desprovidos de todas as suas peculiaridades, histórias de vida e até mesmo de seus nomes, com o intuito de que passem a representar o “qualquer um” que tornará uma teoria cientificamente válida. Já os pesquisadores ou cientistas, por sua vez, estão sempre identificados, reivindicando a autoria do trabalho; o “efeito sem nome”, portanto, corresponde a uma clara demonstração da dissimetria da situação de pesquisa.

¹⁴ NATHAN, T. **Nous ne sommes pas seuls au monde**, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2001.

O mesmo acontece, como indica Nathan (2006), nas práticas terapêuticas: os protestos de um paciente psiquiátrico que afirma que não é louco são compreendidos por muitos psiquiatras como uma negação de sua doença; no entanto, eles podem muito bem ser a contestação de uma demarcação de poder injusta, que faz com que ele seja tido como “qualquer um” - como mais um elemento de uma determinada categoria social “os loucos”), e que, como todos os outros nessa mesma categoria, será tratado pelo psiquiatra como “mais um”, qualquer um.

A análise na pesquisa-intervenção procurava frear esse processo de perda das singularidades convocando a participação, de maneira a evitar tanto as generalizações quanto a identificação rápida demais entre um direito e uma exigência a ser cumprida.

Para o GIF, a discussão sobre os direitos promovida pelo Guia tinha ainda uma especificidade importante: o direito do usuário em recusar a medicação assustava os familiares. Às vezes, referindo-se particularmente a esse direito, eles diziam com lamento que “infelizmente, esse Guia diz isso para a gente”. Eles também se referiam de maneira parecida à lei da Reforma Psiquiátrica, ressentindo-se do fato de que, em sua percepção, “a internação agora era proibida”. Isso era um indicador importante de que a lei, tomada isoladamente, podia significar o contrário daquilo que ela pretende ser – uma referência para a defesa dos direitos e um avanço no tratamento. Não por acaso, a época em que discutimos o trecho do Guia que trata dos direitos dos usuários foi um dos períodos de maior esvaziamento no GIF.

Nesse caso, seria possível alegar que a discrepância entre a legislação, de um lado, e a experiência, de outro, se devia ao conflito de pontos de vista entre familiares e usuários (como se a lei fosse boa para os usuários, mas prejudicial para os familiares). No entanto, essa explicação não era totalmente satisfatória, porque quando explorávamos as experiências dos familiares, percebíamos que suas preocupações dirigiam-se não apenas à lei tomada isoladamente (“aceitá-la ou não”), mas à falta de garantias quanto a outros direitos básicos. Poucos conheciam, por exemplo, os CAPS III (que prestam um serviço de atenção contínua, 24 horas, inclusive nos finais de semana e feriados, e que possuem leitos para acolhimento noturno). O direito ao transporte, por sua vez, não estava plenamente assegurado, de modo que, durante uma crise, o familiar dificilmente conseguiria recorrer a um serviço de urgência 24 horas - o que tornava a perspectiva da não-internação bastante assustadora.

As leis não são percebidas da mesma maneira nem significam a mesma coisa a depender da época, do lugar, da situação de vida. Para dar um exemplo, durante a crise

de AIDS nos Estados Unidos na década de 1990, uma pesquisa (MUSHENO, 1995) demonstrou que lei era percebida de formas diferentes por portadores do vírus a depender de seu gênero ou de sua condição social. Os portadores do vírus que eram também usuários de drogas injetáveis se posicionavam diferentemente em relação à legislação, visto que eles normalmente já tinham que lidar com camadas de opressão muito mais significativas do que aqueles que tinham o vírus mas não eram usuários de drogas. Assim, mesmo as leis que diziam respeito à proteção de seus direitos eram vistas com desconfiança. As mulheres portadoras do vírus usuárias de drogas injetáveis tinham uma visão mais negativa da lei do que os homens na mesma condição. Elas se viam frequentemente ameaçadas de perderem a guarda de seus filhos e eram o alvo preferencial de discursos moralizantes sobre a responsabilidade individual. A lei aparecia para elas como opressora e ameaçadora, muito mais do que como defensora de seus direitos. Para ambos, homens e mulheres, a lei tendia a reforçar a percepção de que suas vidas eram um produto de suas escolhas individuais (o que tornava mais difícil, em seu caso, a formação de associações ou a reivindicação de alguns de seus direitos)¹⁵. Todo esse panorama estava marcado pelo fato de que, na cultura norte-americana, a ordem legal é fortemente influenciada pelos valores liberais segundo os quais cada um de nós é responsável por suas decisões.

Se uma lei supostamente defensora dos direitos pode ser percebida como ameaçadora, é porque a forma como ela será incorporada no cotidiano depende de muitos outros aspectos tanto da própria legislação quanto do dia-a-dia das pessoas. No Brasil, não se pode ignorar o fato de que há uma sensação mais ou menos generalizada de descrença quanto aos meios legais para se assegurar os direitos. Aqui, há a percepção bastante arraigada de que a lei é algo muito distante da realidade¹⁶. É como se houvesse um abismo intransponível entre o que está previsto na legislação e o que acontece de fato. Esse panorama nos ajuda a compreender parcialmente as razões pelas quais alguns espaços públicos são esvaziados – para muitas pessoas, é como se “não adiantasse” investir nesses espaços, pois ninguém confia na ideia de que as dificuldades podem ser enfrentadas em escala mais ampla. Por isso, a incredulidade transparece, muitas vezes,

¹⁵ “(...) the clients show little inclination to target the structures of injustice in the larger society” (MUSHENO, 1995, p. 102)

¹⁶ Por exemplo, quando trabalhávamos com o Guia em maio de 2012, Leonor lia em voz alta quando, logo na primeira frase da página 49, ela interrompeu a leitura na parte em que diz “todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem discriminação” e deu uma risadinha irônica: rá-rá! (memória do dia 29/05/2012).

na baixa participação em assembleias, fóruns ou associações - o que, sob certo ponto de vista, não deixa de ser uma forma de participar e expressar sua descrença.

Nesse sentido, uma das indicações importantes para a análise era a noção de implicação, tal como concebida pela Análise Institucional. Era insuficiente para nós entender a participação como a mera presença em reuniões. Não nos bastava considerar a participação em termos individuais (“tal indivíduo é participativo”), nem em termos de taxa de frequência em determinados encontros (“tal processo de pesquisa é participativo porque as reuniões estão sempre cheias”). Era preciso incluir na análise os processos que se desenrolavam concretamente nesses espaços, como eles aconteciam (ou deixavam de acontecer). Essa indicação valia tanto para os espaços já existentes no CAPS, como as assembleias, quanto para os espaços criados pela própria pesquisa-intervenção, como os GIs ou as reuniões multicêntricas. Com isso, o processo de pesquisa e a experiência dos pesquisadores universitários também estavam em jogo quando refletíamos sobre a participação na GAM.

Assim, a noção de análise de implicação da Análise Institucional era de grande valia (LOURAU, 1990). De acordo com Lourau, a implicação não é uma escolha para os atores em uma instituição (incluindo aí os analistas institucionais), ela é um fato a ser posto em análise:

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências e não referências, participações e não participações, sobremotivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... –, mas a análise dessa implicação (LOURAU, 1990, p.4).

Lourau indica que ao analisarmos os processos em uma instituição, é imprescindível tomar parte naquilo que se está analisando. Não há separação entre aquilo que é observado e aquele que observa¹⁷. As indicações de Lourau são importantes para discernirmos qual o sentido da ideia de “participação” de que tratamos aqui. Lourau é um grande crítico da ideia de participação. Ele insiste sobre o fato de que implicação não se confunde com um apelo a uma participação mais intensa ou compromissada. Segundo ele,

¹⁷ Esse, aliás, também é um desdobramento da noção de cognição formulada a partir da Biologia do Conhecimento, como vimos no capítulo 2: o observador participa ativamente na constituição daquilo que é observado (MATURANA; VARELA, 2005).

as implicações do não-participacionista não são menos fortes do que as do participacionista. Ambas devem ser analisadas. O absenteísmo e o abstencionismo não revelam ausência de implicação: configuram atos, comportamentos, assunções de posturas éticas, políticas. (LOURAU, 1990, p.4),

Com suas críticas à ideologia participacionista, Lourau procura indicar que nem uma participação supostamente engajada, nem uma aparente apatia determinam o sentido da implicação, que demanda análise.

No projeto GAM, compreendíamos a própria participação como uma ideia análoga à de implicação. Ao contrário de Lourau, portanto, não entendíamos que a presença frequente em assembleias fosse necessariamente um índice de participação (atitude a que ele se refere no trecho acima como sendo “participacionista”). A participação estava, para nós, como a implicação está para Lourau: também no Projeto GAM-BR a participação assumia formas imprevistas. Ela não se confundia com a simples ideia do ativista social ou do militante. A participação se dava de uma forma mais profunda; tratava-se de uma participação ativa na construção de uma experiência comum e do reconhecimento de seu próprio protagonismo. Assim, membros do grupo que se ausentavam por longos períodos dos encontros às vezes tinham uma presença tão importante para nós na produção de conhecimento quanto aqueles que frequentavam regularmente os GIs. Outras vezes, ainda, percebíamos que a participação em espaços de discussão coletiva se dava por razões à primeira vista pouco evidentes (como na ocasião de realização do Fórum de Trabalhadores da Rede de Saúde Mental, no dia 01/08/2012, quando algumas participantes do GIF, como Leonor, Marli e Edméia, estiveram presentes para, segundo o que elas mesmas nos disseram, “nos ajudar” - à Júlia, à Lorena e a mim, pesquisadoras universitárias que iam apresentar o trabalho do grupo no Fórum).

Contudo, mesmo levando em conta tais observações, é importante considerar que o total esvaziamento de arenas públicas também traz seus problemas e suas dificuldades. Se, de um lado, não se pode confundir o exercício do protagonismo com a ocupação dos espaços instituídos de participação, o total desprezo por estes espaços também não representa propriamente um avanço. A criação de novas bases para o debate público e de novas formas de participação são condições fundamentais para que

os direitos se tornem de fato algo “comum” (isto é, tanto partilháveis quanto corriqueiros).

O que guiava, então, a construção de um plano comum na GAM-BR? Como fazer com que todos tomássemos parte no processo de produção de conhecimento? A contração de um grupo era uma tarefa fundamental para isso. Porém, o processo de constituição de um grupo no qual todos se sintam participantes ativos não é fácil. Para começar, as próprias condições que levam as pessoas a quererem se reunir não são evidentes. Pignarre (1997), como vimos, indica que dificilmente as categorias diagnósticas servem como princípio aglutinador. Isso é especialmente evidente no caso do trabalho realizado pelo *Institut Dingdingdong*¹⁸: alguns dos que receberam o diagnóstico da doença de Huntington afirmavam não querer se reunir com outras pessoas que também foram diagnosticadas. Elas dizem não desejar ver, nos outros, o espelho de sua condição e uma imagem futura da evolução de sua própria doença (DINGDINGDONG, 2014). Diante disso, o *Institut Dingdingdong* se pergunta acerca do “nós huntingtoniano”: sob que condições e com que objetivos pode-se, nesse caso, formar um coletivo? Se, por um lado, muitos preferem não se encontrar com outros “huntingtonianos” em associações criadas em torno da categoria diagnóstica, eles se reúnem alegremente em outras situações, para realizar outras atividades juntos, como dançar.

O problema encontrado pelo *Institut Dingdingdong*, embora bastante característico de uma doença dita neurodegenerativa, apresenta semelhanças com dificuldades presentes também no campo da saúde mental. Uma dessas dificuldades, particularmente importante para o GIF, se reportava às pessoas que não desejavam ir ao CAPS se tratar, a despeito da opinião contrária de sua família ou de seus amigos. No GIF, diversos familiares nos contavam que seus parentes não frequentavam o serviço porque não se identificavam com os usuários; ao verem comportamentos que achavam estranhos, eles resistiam à ideia de que eles próprios “eram parecidos” com os frequentadores do CAPS e de que pertenceriam a esse grupo. Ou seja, eles não queriam se encontrar com os usuários.

Não por acaso, ao lidar com esse problema o *Institut Dingdingdong* teve uma forte inspiração no movimento dos ouvidores de vozes¹⁹, que se reúnem pelo desejo de compartilhar uma experiência - e não sob o princípio de uma categoria diagnóstica

¹⁸ Instituto de Co-Produção de Saber sobre a Doença de Huntington. Cf. capítulo 2, tópico 2.

¹⁹ Cf. capítulo 2.

(BAKER, 2000). Nesse sentido, o Projeto GAM-BR também tem uma importante contribuição, pois ele não se reporta a um diagnóstico ou a uma categoria social pré-fabricada. Ele se dirige a um gesto, uma atividade: fazer uso de medicamentos psicotrópicos. Ele também não assume que essa atividade se dá da mesma maneira para todos. Com a GAM-BR, as pessoas podiam se reunir para pesquisar (assim como “huntingtonianos” que se encontravam para dançar), tomando parte em um processo em que, por definição, não havia respostas prontas. A realização de um grupo com os familiares foi um passo a mais nesse desafio aos critérios automáticos de reagrupamento, já que, a princípio, seria possível supor que a GAM se dirige apenas aos usuários. O GIF nos permitiu, assim, explorar outras possibilidades de formação de coletivos.

A esse respeito, Mol (2008, p.68) afirma que “The move from collectives to individuals is one of specification, while collectives, in their turn, do not result from adding individuals together, but from making helpful differentiations between groups.” Essa ideia vem ao encontro da noção de contração de grupalidade (SADE; RENAULT; MELO; PASSOS, 2013), segundo a qual o grupo também não equivale a um somatório de indivíduos. Aliás, não só o grupo tem características próprias, que não preexistem em seus membros, como a identidade de cada participante pode se transformar graças ao seu pertencimento a um ou vários grupos. A análise era um instrumento para desfazer a lógica que nos leva a localizar o sentido em identidades fixas. O conhecimento produzido a partir daí se configura como uma experiência comum. Desse modo, a análise nos leva a considerar a multiplicidade de pontos de vista sem que seja preciso supor que o coletivo se componha por um somatório das experiências individuais. A análise não é uma decomposição do coletivo em partes.

O problema da composição do público também foi enfrentado por John Dewey, filósofo pragmatista que se dedicou ao estudo da experiência, no âmbito da psicologia, e ao estudo das bases dos processos democráticos, no âmbito da filosofia política. A obra de Dewey é particularmente interessante porque essas duas faces de seu trabalho - o estudo da experiência e o estudo da democracia - estão intimamente ligadas. Por entendê-las como dois aspectos inseparáveis de um mesmo processo, seu trabalho tem uma relevância notável para refletir sobre a análise em uma pesquisa-intervenção. Acompanhando suas ideias, é possível reafirmar a inseparabilidade entre pesquisa e intervenção – reiterando as conclusões de Francisco Varela e da Biologia do Conhecimento – e explorar os efeitos dessa inseparabilidade em termos políticos, no

exercício da democracia. O trabalho de Joëlle Zask (2002; 2003) é uma referência importante para uma leitura contemporânea de Dewey.

Dewey lida com um problema que se coloca com frequência quando se discute o tema da participação, tanto nas pesquisas quanto na política: um cidadão de fato sabe o que é melhor para si? Qual o sentido da participação (na pesquisa ou nos processos políticos) se o saber “popular” corresponderia justamente ao senso comum, isto é, àquilo que supostamente deve ser ultrapassado para se chegar a um conhecimento?²⁰ Trata-se de uma questão que tem ressonância para o Projeto GAM-BR, que convida os usuários de medicamentos a participar da produção de conhecimento exatamente por entender que sua experiência é imprescindível. Dewey ajuda a responder a essa questão, pois para ele, como veremos a seguir, o conhecimento - bem como a política - são uma experimentação.

Dewey, assim como outros pensadores que lhe eram contemporâneos, não supunha a onipetência dos cidadãos (ZASK, 2003). Isto é, para Dewey, não há uma sabedoria inata ao povo, uma vontade unânime ou uma razão natural que justifique a participação e assegure a opinião pública como o ponto de partida da democracia. Também para ele, os cidadãos não sabem *tudo* sobre *todos* os assuntos. No entanto, para Dewey (diferentemente do que afirmavam outros pensadores), isso não era um argumento contra a democracia, ao contrário. A democracia exige a constituição dessa competência; ela será um efeito da democracia e, em retroalimentação, permitirá que a democracia se desenvolva e se consolide. A competência que se espera dos cidadãos não existe (ainda) devido a uma falta de articulação entre as experiências, condição para a formação do público. Para que haja de fato democracia, segundo Dewey, é preciso ultrapassar a mera soma das opiniões privadas, bem como o estado de dispersão no qual o público se encontra inicialmente (ZASK, 2003).

Ora, a dispersão se opõe à contração que procurávamos alcançar com os GIs. A dispersão a ser enfrentada se expressava, no nosso caso, por pontos de vista isolados uns dos outros, que conduziam a atitudes automáticas de resposta aos problemas. Para Dewey, a maneira de lidar com essa dispersão é promover uma reconstrução do público (ou, poderíamos dizer, de uma comunidade), restituindo-lhe sua capacidade de articulação. Segundo Zask (2003, p. 8), trata-se da “reconstruction d’un public effectif

²⁰ Essa discussão é tributária de comentários de Vinciane Despret a propósito de sua conferência “*Le philosophe peut-il mener l’enquête?*”, proferida na Universidade de Liège em 2009. (comunicação pessoal).

qui se préoccuperait plus fondamentalement de définir ses intérêts et de les politiser que de contrôler les gouvernants.”

Muitas pesquisas qualitativas em ciências humanas se realizam através do recenseamento de opiniões²¹. Com o objetivo de ultrapassar a ideia de que o pesquisador é a figura central na produção de conhecimento, tais pesquisas acabam por supor que o conhecimento popular está pronto, apenas à espera de ser recolhido (as devolutivas ao final do processo de pesquisa procuram, segundo essa lógica, garantir a representatividade do que foi “recenseado” pelo pesquisador). Já para uma pesquisa-intervenção como a GAM, o acesso à experiência implica a transformação dos pontos de vista. Não há um conhecimento pronto. Em uma aproximação apressada e pesquisa, sobressaem os automatismos, manifestados tanto pelos pesquisadores universitários quanto pelos demais participantes. Apenas depois de um trabalho coletivo, que demanda tempo, surgem pontos de vista mais autônomos, isto é, mais livres em relação ao ponto de vista do coletivo-social (EIRADO *et al*, 2006) ou do senso comum. Esse foi o caso da GAM-BR.

Era justamente em ocasiões de hesitação, ambiguidade, incerteza que a tarefa coletiva de reflexão se impunha para nós. Nessas situações, era possível que pensássemos juntos e construíssemos um conhecimento que não estava dado de antemão antes do encontro de pesquisa-intervenção. Isto é, nessas situações era possível “pesquisar COM” (MORAES, 2010). A pesquisa era ocasião para promover articulações do público e, conseqüentemente, participação, sem que com isso fosse preciso supor algum tipo de preexistência do conhecimento.

O encontro com os outros é, assim, transformador. Para Dewey, isso se deve à própria natureza da experiência: meio e organismo se produzem *no* encontro. A princípio, Dewey se referiu a esse fenômeno como “interação”, mas posteriormente adotou a designação de “transação”, para ressaltar o fato de que a relação afeta a própria natureza dos termos em jogo (ZASK, 2003). Dewey entende a experiência como a ocasião em que sujeito e meio se definem mutuamente – concepção análoga a de Francisco Varela (1989; 1994). Portanto, Dewey é um crítico tanto de teorias individualistas quanto de teorias holistas. Ele é igualmente crítico à ideia de que a

²¹ Vinciane Despret na conferência “*Le philosophe peut-il mener l’enquête*” (comunicação pessoal). Cf. nota anterior.

experiência é ilusória, restrita a uma subjetividade que pouco tem a dizer sobre a realidade do mundo:

Quando os objetos são isolados da experiência através da qual são atingidos e dentro da qual funcionam, a experiência é reduzida ao simples processo de experienciar, e experienciar é por esta razão tratado como algo também completo em si próprio. Chegamos desta forma ao absurdo de um experienciar que experiencia tão-somente a si próprio, estados e processos de consciência, em lugar das coisas da natureza. (DEWEY, 1974, p. 169)

Assim, para Dewey a experiência não está isolada, nem é o contato entre um sujeito e um mundo preexistentes; ela diz respeito muito mais à produção de realidades que à descoberta de objetos por parte de um sujeito. Há uma transformação correlativa de sujeito e mundo. Essa é a noção básica do que Dewey entendia por “método empírico” em filosofia, que toma a experiência como seu ponto de partida. Um conhecimento que se pretende objetivo não exclui a experiência, ao contrário; o método empírico não autoriza separações absolutas entre aquilo que experienciamos (o objeto) e a experiência ela mesma.

Segundo Dewey, então, a experiência adquire um duplo sentido: ela é tanto aquilo que sofremos quanto aquilo que fazemos; ela supõe a um só tempo *padecer e agir* (DEWEY, 1974; ZASK, 2002). Vale lembrar que também para Varela a experiência não é uma apreensão passiva. Varela caracterizou a percepção como uma “ação perceptivamente guiada” (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003), de modo que a percepção e a ação, para ele, se definem mutuamente, de maneira circular.

Retomando Dewey, a consciência corresponde, por sua vez, a provar (“*épreuver*”) as consequências das próprias atividades (ZASK, 2002). A experiência humana supõe um elo entre sentir e agir, construído pela experimentação:

L’expérimentation est quant à elle la conscience du noeud entre l’extérieur et l’intérieur. C’est par cette conscience que la liaison transformatrice entre subir et agir, du fait que certaines des conditions qui la caractérisent sont identifiées, peut devenir le pivot d’une action et l’orienter dans une nouvelle direction. L’expérimentation désigne le cours que suit une activité à l’égard à la fois ds expériences antérieures et

de celles qui sont visées ou anticipées. Les expériences deviennent objets les uns des autres : telle est la condition d'une enquête. (ZASK, 2003, p. 12)

A experimentação demanda, então, uma atenção aos efeitos das ações; daí sua semelhança estrutural com uma pesquisa ou investigação experimental, apontada por Zask no trecho acima. Experimentar e pesquisar significam fundamentalmente a mesma coisa²². A experimentação supõe uma postura ativa e reflexiva (e não apenas passiva). O conhecimento ao qual ela leva é sempre provisório, já que as experiências estão constantemente se articulando entre si e formando a base para novas experiências subsequentes.

Desse modo, a capacidade de responder aos efeitos de nossas ações constitui, para Dewey, a condição de base da experimentação. Quando não sabemos de onde provêm as ações que nos afetam e/ou não temos condições de agir sobre essas ações, a experimentação não é possível. Muitas são as ocasiões em que a experimentação pode falhar. Em uma sociedade complexa, as relações de interdependência se multiplicam, de maneira que as ações de uns afetam as condições de vida de outros, situados em um ponto relativamente distante na rede de relações sociais. Nessa situação, a experimentação se torna mais difícil e o público, disperso, pois não se consegue agir sobre as condições de base²³. Por outro lado, essa dispersão diminui à medida que a capacidade de resposta se desdobra. Responder às condições que nos afetam (e apoiar-se sobre essas ações como guias para as ações futuras) leva ao desenvolvimento tanto pessoal quanto público. A experimentação demanda um meio no qual todos possam ampliar sua capacidade de agir sobre as condições que lhes afetam (inclusive sobre os laços de interdependência) .

Segundo Zask,

(...) on peut appeler 'démocratie' l'organisation collective du développement de l'individualité de tous. Le social et l'individuel comme interaction, l'idéal moral que 'chacun compte pour un', et la politique

²² "L'expérimentation est chez Dewey la figure spécifiquement humaine de l'expérience. D'une manière générale, elle désigne l'identité entre expérience et enquête." (ZASK, 2003, p. 11).

²³ Aliás, Zask (2003) indica o papel do Estado é ocupar uma posição intermediária entre esses pontos distantes da rede, que não estão em contato direto mas que, ainda assim, geram efeitos uns sobre os outros. O Estado é um instrumento de retomada da capacidade de agir por parte daqueles que são afetados por efeitos longínquos.

comme mécanisme destiné à transformer les circonstances (ou conditions) en ‘situations’ (ou opportunités d’action), doivent s’impliquer réciproquement. (ZASK, 2002, p. 7)

O termo “situação” significa uma ocasião em que a atividade está subordinada aos efeitos de uma atividade anterior. A participação democrática tem a ver, portanto, com a capacidade de ação e a transformação das condições do meio em que vivemos (ZASK, 2002). Assim, a atitude de pesquisa da experiência vem ao encontro da participação: conectar experiências adquire o caráter político de ampliação da capacidade de agir, levando ao desenvolvimento comum. A participação democrática, portanto, não se resume a ocupar posições previamente designadas em espaços destinados ao exercício do controle social. A participação significa “non prende une part, mais prendre part.” (ZASK, 2003, p. 7).

Podemos, então, retomar a pergunta que fizemos anteriormente: por que a GAM convida os usuários e aposta em sua participação como ferramenta de transformação política? A resposta está ligada à fabricação de interesses comuns. A experimentação não é desinteressada; as pessoas se articulam em torno daquilo que as interpela de algum modo. Ora, essa interpelação tem muito mais probabilidade de acontecer diante de uma hesitação do que diante de uma certeza. Os usuários são os primeiros interessados em refletir sobre um tema que os afeta diretamente e que modificam as condições de base para suas ações subsequentes. Sua presença é de fato imprescindível à pesquisa porque, graças a eles, o conhecimento produzido é mais interessante, mais vivo. Graças a eles, o interesse pela experimentação pode ser sustentado e levado à frente²⁴. E o interesse está lá onde as respostas já dadas encontram os seus limites; o interesse surge quando há abertura.

O sentido da “pesquisa em primeira pessoa”, que discutimos no capítulo 2, reencontra aqui as ideias de Dewey, pois a participação não está baseada (apenas) na inclusão de pontos de vista. Ela se funda sobre a abertura desses pontos de vista às transformações que eles exercem uns sobre os outros. Para que alguém seja capaz de

²⁴ “Contrairement aux idées reçues, le droit au self-government ne repose donc pas vraiment sur le fait que l’intéressé sait mieux que quiconque quelle chaussure va à son pied, et par extension, ce qui est bon pour lui. En réalité, si chacun avait une idée claire de ce qui lui convient, il n’y aurait aucun besoin de gouvernement (...) Le self-government est un principe qui provient plutôt du fait que la personne la mieux placée pour juger où la chaussure blesse est celle qui l’a à son pied et, par extension, que les personnes affectées par un trouble sont plus aptes à situer et à définir leur intérêt que des personnes qui ne l’éprouvent pas.” (ZASK, 2002, p. 12).

determinar o que é melhor para si (em um exercício de gestão autônoma), é preciso abrir espaço à experimentação, ao encontro com um mundo (ZASK, 2002).

Com esse tipo de funcionamento participativo, que se abre à transformação dos pontos de vista, novas inclusões vão se fazendo necessárias. A participação acaba tendo um efeito expansivo, contaminante. Se, de início, os primeiros interessados eram os usuários, as articulações que nascem do seu interesse convocam também os trabalhadores, que, por sua vez, convocam os familiares, e assim por diante. É tarefa de uma pesquisa fabricar interesse²⁵. Como indica Latour (2007) a propósito do trabalho de Isabelle Stengers e Vinciane Despret, o interesse é uma peça-chave para que possamos distinguir a boa da má ciência. Ora, criar interesse é também uma tarefa política. Através de uma pesquisa, e mais especificamente da análise (já que não se trata de recenseamento de pontos de vista), é possível reintroduzir a abertura também em termos políticos.

Em Dewey, o exercício da política não tem uma meta pré-estabelecida; não há um fim ou objetivo último e intocável, que orientaria, do exterior, os movimentos dos grupos e instituições. A política é experimentação; seu fim é sempre provisório e contextual. Nesse sentido, a participação nunca se completa - assim como o conhecimento também nunca é definitivo.

A participação, portanto, também afeta profundamente os modos de fazer pesquisa e de analisar. Quando negligenciamos a participação do outro, a análise torna-se ou uma interpretação de responsabilidade exclusiva do pesquisador, ou, então, entende-se que os objetos pesquisados portam um sentido dado, imutável. Ao lateralizar as diferentes perspectivas acerca do tema da medicação (a de usuários, familiares, trabalhadores, gestores e pesquisadores universitários), o Projeto GAM-BR aposta em uma quebra das hierarquias que dificultam o compartilhamento de experiências. O reconhecimento da cidadania dos usuários e a transformação das práticas do serviço passam também por um devir-pesquisador de usuários, trabalhadores e gestores. A experiência da pesquisa serve como um meio de promover deslocamento frente aos modos habituais de lidar com os problemas e dificuldades que aparecem cotidianamente. Por outro lado, aos pesquisadores também cabe se aproximar de pontos de vista que lhe são estranhos e reformular suas questões: sintonizar-se com a experiência de usar um remédio psiquiátrico ou de trabalhar diariamente em um CAPS

²⁵ Despret, comunicação pessoal (cf. notas 19 e 20).

obriga a um reposicionamento dos problemas de pesquisa e a uma constante redefinição de seus objetos. De acordo com Zask²⁶, os ‘objetos’ de uma pesquisa só são conclusivos na medida em que podem ser engajados em uma pesquisa ulterior. De maneira correlata, podemos dizer que a participação em termos políticos também tende a gerar novos engajamentos.

O público está constantemente “se fazendo”, sendo ao mesmo tempo o agente e o efeito de práticas experimentais. As fronteiras entre público e privado não estão dadas de saída e os interesses comuns são construídos. A GAM-BR buscava justamente reintroduzir, cultivar e apoiar a dimensão de pesquisa nos serviços de saúde mental. Ela procurava os pontos de hesitação, criando uma abertura que se expressava tanto em sua dimensão política quanto epistemológica. Ou seja, a participação na pesquisa (e mais especificamente, na análise) era o cerne dessa participação que mais tarde se tornará evidentemente política. Nesse sentido, a GAM não é um projeto de pesquisa que se completa ou termina após a validação do Guia ou a saída dos pesquisadores universitários do serviço²⁷. A GAM procura abrir espaço à experimentação, de modo a fazer com que a pesquisa se torne uma atitude permanente, a ser constantemente (re)apropriada por todos.

Se a participação é aberta e o trabalho político não tem uma meta pré-estabelecida, o objetivo tácito inicial que o Projeto GAM-BR concebeu para o GIF – o de construir uma Associação - era de certo modo precipitado (o que, com efeito, se verificou na prática, ao longo da pesquisa-intervenção). Fomos compreendendo que, para que efetivamente houvesse participação, era preciso que deixássemos expectativas em suspenso e abrísssemos espaço para que as coisas ocorressem fora do nosso campo de controle e previsão.

O fato de a Associação não ter se concretizado imediatamente, ou pelo menos não durante o processo de pesquisa-intervenção, não significa que a participação estivesse de algum modo mitigada. A participação na análise da pesquisa acontecia cotidianamente, de maneira intensa. Aos poucos, ela foi sendo apropriada de modo a não mais depender de espaços criados pelo Projeto GAM, tais como os GIs. Após o término da pesquisa-intervenção de validação do Guia, soubemos que esse instrumento continua sendo usado no serviço. O Guia é utilizado com frequência pelo grupo de

²⁶ ZASK, J. Comunicação oral na Jornada de Estudos “*Pratiques de l’enquête*”, organizada pelo grupo ARC/FRUCTIS (Université de Liège) no dia 31/10/2013 no quadro dos seminários “*Pourquoi la controverse*”.

²⁷ Agradeço a Dr. Jean-Marie Lemaire por insistir sobre esse ponto.

familiares, que o lê em seu próprio ritmo, gerando novas discussões. Durante a pesquisa-intervenção de validação, o caráter aberto do Guia (isto é, o fato de ele poder ser alterado e corrigido) favorecia a participação; atualmente, essa participação é estimulada devido ao fato de o próprio grupo criar novas formas de usar o mesmo instrumento. Após a saída dos pesquisadores universitários do serviço, enfim, soubemos que um grupo de familiares criara uma Associação (a ASSAMESPA), o que indica que as condições para esse tipo de organização tinham sido, afinal, de algum modo desenvolvidas e consolidadas.

As associações de usuários são especialmente interessantes para refletir sobre a relação entre participação e análise. As associações de usuários reconfiguram a repartição de saberes no campo da saúde. Tais associações se apoiam no saber prático dos usuários para desafiar a ideia de que apenas os *experts* têm autoridade para falar sobre alguma doença. Sob esse ponto de vista, as associações de usuários são um dos efeitos possíveis da participação na análise. Ao mesmo tempo, são também um modo de exercer essa análise cotidianamente. Segundo Stengers,

Or le fait d'apprendre à se mêler de ce qui n'est pas censé les regarder est précisément pour moi la définition de l'événement que constitue l'apparition d'associations d'usagers, événement politique transformant un paysage défini autant par les savoirs en présence que par l'exclusion de ceux qui sont définis comme incapables de produire un savoir qui compte. (STENGERS, 2006, p.9)

As associações representam, assim, uma das formas da experimentação. Ainda que se possa alegar que muitas das associações funcionam hoje como espaços até certo ponto burocratizados, elas ainda têm a seu favor a capacidade de produzir versões alternativas a respeito dos tratamentos e da rede de saúde. Elas obrigam à coexistência de versões.

Nesse sentido, as associações não pretendem excluir os profissionais de saúde do debate ou se substituir a eles. As associações não servem, ainda, para preencher vácuos na gestão pública ou tão somente para obrigar os governantes a cumprir as leis.

Pignarre (2006) observa que os médicos, na tentativa de tranquilizar seus pacientes, procuram eliminar tudo aquilo que possa gerar dúvida ou deixar margem a ambiguidades. No entanto, essa operação acaba por produzir definições da doença que podem, na verdade, ser muito pouco tranquilizadoras. As associações de usuários têm a

capacidade de, diante desse cenário, preservar as ambiguidades e multiplicidades de sentido que habitam o campo da saúde:

La différence, c'est que les associations de patients n'ont pas la prétention de témoigner d'un savoir stable, définitif, d'être une garantie fermant la bouche à tous les autres. A l'inverse, les associations de patients peuvent mettre en politique, en culture, les témoignages venus de la médecine, de la psychologie, et des sciences connexes, elles sont capables d'accueillir toutes les propositions nouvelles sans en faire des *deus ex machina*. (PIGNARRE, p. 2006, p.16)

As associações podem ser um espaço para preservar a atitude analítica para além das formas instituídas de realização de uma pesquisa. Elas são um espaço de fomento às articulações.

Tal atitude estava, em menor escala, presente nos GIs. Retomando o exemplo com que iniciamos esse capítulo, a articulação em torno da situação problemática que vivia Vera e seu irmão foi o ponto de partida para a promoção de participação. Familiares, trabalhadores e usuários se envolveram na transformação das condições que afligiam Vera. Esse caso reapareceu muitas vezes no GIF. Os trechos relatados foram de um encontro ao final de 2012 e até meados de 2013 procuramos traçar estratégias para que o irmão de Vera pudesse experimentar ir ao CAPS. Descobrimos seu interesse por cinema, o que fez surgir a ideia de que ele ajudasse a organizar uma oficina de exibição de filmes no CAPS. O grupo de familiares se mobilizou para pôr a ideia em prática: Leonor doou uma televisão, outros participantes doaram filmes. Mônica e Sara, apoiando esse movimento, envolveram também os usuários, que ajudaram a organizar uma rifa para a compra do DVD. Na época do encerramento da participação das pesquisadoras universitárias no grupo, Mônica estava se encarregando de fazer o convite ao irmão de Vera. Recebemos, posteriormente, a notícia de que, por algum tempo, ele ajudou a realizar a oficina de cinema.

A participação na análise faz com que muitos sejam os analistas e múltiplos sejam os sentidos produzidos, abrindo espaço à participação de outrem. Em outras palavras, a participação é uma expressão da abertura. Na *Clinique de Concertation*, a figura do “intruso” é justamente um instrumento para operacionalizar a abertura do dispositivo relacional (MANIGLIER, 2006). O intruso é alguém que anuncia sua presença em um encontro clínico porque está de algum modo interessado em participar,

e não porque é um “paciente” ou um profissional diretamente envolvido no caso. A possibilidade da presença de um intruso é uma das características mais fundamentais da *Clinique de Concertation*; a participação de um intruso no encontro clínico (ou mesmo apenas a possibilidade de sua participação) já é suficiente para transformar o cenário e introduzir a multiplicidade. O intruso é, segundo Maniglier, um dispositivo pelo qual se resiste às totalizações. Podemos dizer que o fomento à participação no Projeto GAM assume um compromisso semelhante, resistindo a expressões totalitárias tanto no campo do conhecimento quanto no campo da política. A participação no sentido forte do termo se expressa em grande medida pelo seu potencial analítico.

Tal é a conotação do caráter aberto ou provisório anunciado pelo par “análise e participação”. Parafraseando Freud (2006b), poderíamos dizer que há um “caráter interminável da análise”, mas que ganha aqui o sentido não de um obstáculo intransponível, mas de abertura, de continuidade e de convite à participação de outrem.

Epílogo

A análise na pesquisa-intervenção participativa torna problemáticos os limites que definem a autoria de um trabalho. A análise se abre à participação, de modo que muitos foram aqueles que, mesmo sem constar das referências bibliográficas, desempenharam um papel fundamental na redação da tese. Isso é especialmente evidente nos trechos que relatam os registros de áudio, memórias, narrativas e diários de campo do trabalho com o GIF. Os familiares e trabalhadores do CAPS Casarão da Saúde, em São Pedro da Aldeia, e os pesquisadores universitários do grupo Enativos, na UFF, foram parte integrante da experiência que foi ponto de partida para esse trabalho.

Ao discutir o tema da análise e seus efeitos participativos, se tornou importante preservar o espírito de coautoria que estava presente durante o processo de pesquisa-intervenção. Com isso, fui levada a querer retornar ao CAPS para discutir alguns trechos da redação final da tese.

Além disso, as ideias de Vinciane Despret (2011a) e Jean-Marie Lemaire (2013) puseram em xeque o princípio que eu adotara inicialmente, de maneira um pouco automática, de preservar o anonimato dos participantes. Privilegiar o sigilo poderia, em alguma medida, ferir a ideia de participação e de afirmação da coautoria na produção de conhecimento. Por outro lado, os participantes podiam não estar de acordo com isso, ou avaliarem ser importante fazer alguma modificação no texto, tal como fazíamos com o próprio Guia GAM-BR. De todo modo, eram decisões que eu não poderia tomar sozinha.

Portanto, procurando consolidar a participação no trabalho de análise e lidar com diversas questões que se colocaram ao longo do processo de redação da tese, realizamos um novo dispositivo para analisar *a própria tese* ou, pelo menos, alguns trechos dela, de maneira coletiva. Com isso, poderíamos avaliar coletivamente a pertinência da minha abordagem e da escolha dos trechos que comporiam a versão final do trabalho. Procuraria, também, conversar sobre a possibilidade de não privilegiar o sigilo ao mencionar a participação dos trabalhadores e familiares. A princípio, eu havia planejado retornar com alguns trechos da tese ao CAPS, mas, em conversa com meu orientador, fui levada a pôr em questão também essa decisão: por que retornar *apenas* ao CAPS, e não também à Universidade? Isso colocou em xeque a assunção automática de que, para os pesquisadores-universitários, questões quanto à pertinência da minha abordagem ou

do uso do sigilo não se colocariam. Fui levada a rever (mais uma vez) alguns dos pressupostos que assumira inicialmente, reescrevendo alguns trechos do trabalho. Foi preciso, por exemplo, abandonar a suposição de que todos os pesquisadores-universitários tinham a mesma compreensão acerca dos problemas e que formavam um “nós” homogêneo.

Realizamos, então, três dispositivos de análise coletiva: um com os familiares, um com os pesquisadores-universitários e, por fim, um com os trabalhadores. O funcionamento do dispositivo previa a leitura coletiva de alguns fragmentos da tese que reunissem tanto trechos das memórias, narrativas, áudios e diários de campo, quanto meus comentários acerca desses trechos. Esses encontros foram decisivos para ampliar e consolidar as reflexões sobre o tema da análise que constam ao longo da tese. Por isso, seguem-se relatos de cada um desses encontros.

a) O encontro com os familiares

Previamente, havia combinado com Mônica a realização do dispositivo de análise coletiva da tese no dia e horário do encontro rotineiro do grupo de familiares, que acontece semanalmente no CAPS. A ideia inicial era que familiares e trabalhadores participassem do encontro. Com algumas semanas de antecedência, Mônica se encarregou de convidar os familiares para participarem do dispositivo, explicando a proposta. No dia combinado, 13/01/15, houve um imprevisto e Mônica me avisou que não poderia estar presente. A situação de precariedade enfrentada no CAPS era então muito grave, de modo que a outra trabalhadora presente no serviço neste dia estaria sobrecarregada e também não poderia participar do encontro. Decidimos juntas que seria melhor manter o encontro com os familiares e combinar um outro dia com os trabalhadores.

A caminho do CAPS, encontrei com uma participante do GIF, Marlene, que não poderia permanecer na reunião àquela tarde. Expliquei a ela muito brevemente o objetivo da minha ida ao CAPS. Marlene disse que ia ficar honrada em ter seu nome citado no trabalho e que ia procurar o grupo para saber, depois, o que discutimos no encontro.

Ao chegar ao CAPS, Vera já estava lá e se lembrou do vídeo que eu enviara ao grupo enquanto estava viajando, em meu período de doutorado-sanduíche (nesse vídeo, que foi transmitido ao grupo por Lorena e Thais na época do trabalho de apoio, eu dava notícias do andamento da minha pesquisa).

Vera disse que tinha ficado muito contente de ver, no vídeo, que eu não os havia esquecido. Ela ficou especialmente feliz em perceber que eu me lembrava de cada um dos participantes do GIF (no vídeo, eu dissera seus nomes). Ela se surpreendeu porque achava que eu me referiria a eles “de maneira geral”, segundo o que ela disse. Eu mesma me surpreendi com o fato de esse detalhe ter sido tão marcante para ela, pois já havia quase um ano que o vídeo havia sido enviado. Tanto o encontro com Marlene quanto essa observação da Vera reiteraram o meu desejo de conversar com o grupo sobre a questão do anonimato.

Neste encontro estavam presentes sete familiares, mas apenas dois deles haviam participado do GIF: Vera e Onedina. Por diversas razões, os outros participantes vinham se ausentando dos encontros do grupo. Alguns estavam enfrentando problemas de saúde, outros tinham compromissos familiares ou de trabalho que os impedia de estarem presentes com regularidade. Além de Vera e Onedina, duas pessoas no grupo conheciam o trabalho do GIF e já tinham tido contato com o Guia GAM-BR. Eram elas André e Paulo (respectivamente, o presidente e o tesoureiro da ASSAMESPA). Para os demais, o trabalho era uma novidade. Essa configuração, em que a maioria das pessoas sequer me conhecia, trouxe questões relevantes para a tese, sobretudo sobre o tema da participação na análise. O que significava analisar a tese com pessoas que não haviam participado do GIF?

Quando apresentei ao grupo a proposta, essa questão também se colocou para os participantes. André sugeriu então que Vera e Onedina realizassem uma avaliação do GIF e tentassem responder a pergunta “Quais foram as contribuições da pesquisa GAM?”. Vera respondeu que os encontros do GIF ajudaram muito, pois “um ia fortalecendo o outro”. André disse que, apesar de não ter participado dos encontros, conhecia um pouco sobre o trabalho da GAM e tinha conversado com pessoas que frequentaram o GIF e que, portanto, tinha a impressão de que os grupos GAM tinham incentivado a participação.

Ao conversarmos sobre o a possibilidade do não anonimato, Vera disse que, por ela, achava uma boa ideia que seu nome aparecesse, mas não sabia o que o seu irmão acharia. Mais uma vez, o potencial expansivo da análise se fazia presente, convocando a presença de outros. A mesma questão se colocava para os participantes do GIF que não estavam presentes no encontro. O que fazer? Os

que não haviam participado do GIF disseram a princípio que a questão do sigilo lhes parecia uma decisão individual, que eu deveria entrar em contato com cada participante separadamente. Vera disse que podia conversar com seu irmão e também entrar em contato com outros participantes, como Leonor. Irene (que não participara do GIF nem conhecia a GAM) quis entender um pouco mais do meu trabalho. Ela perguntou se eu publicaria um livro, que falaria sobre a experiência individual dos participantes, inclusive sobre a experiência dela e de seu sobrinho. Após explicar a proposta da GAM e o trabalho do GIF, disse que trataria em minha tese da experiência do grupo, que incluía algumas histórias contadas pelos participantes do GIF.

Para deixar mais clara a proposta, sugeri a leitura de um dos fragmentos (que, na versão final da tese, compõe o *Anexo V*). Nesse fragmento, há uma fala de Cremilda que o grupo destacou como muito importante (“*se for ali à frente, vai ver que, poxa, não sou só eu que estou nessa situação!*”). O comentário da tese acerca desse trecho da memória indicava a importância do apoio mútuo, bem como do reconhecimento da existência de diversas versões explicativas para as experiências ditas de adoecimento. As indicações do grupo a respeito deste trecho contribuíram significativamente para a construção do segundo tópico do capítulo 3.

A leitura desse trecho funcionou, no grupo, da mesma maneira que o Guia ou a narrativa funcionavam no GIF: disparando novas discussões e criando um interesse comum. Mesmo quem não estava presente no GIF destacou a pertinência do trecho, lembrando suas próprias experiências. Tal como nos GNs, a leitura do fragmento foi suficientemente polifônica para fazer com que o grupo se reconhecesse na diferença que ali se expressava. O trecho lido não era nem uma transcrição dos encontros, nem uma construção exclusiva dos pesquisadores universitários. Ela fora construída de forma a buscar promover a abertura comunicacional entre essas diferentes vozes. O fragmento acabou por mostrar sua pertinência também para aquele grupo. Irene falou de maneira enfática “comigo foi exatamente assim!”, explicando que sua participação no grupo de familiares é uma grande ajuda por lhe permitir ter contato com as experiências de outros e que, às vezes, são até mais difíceis do que as experiências que ela própria precisa enfrentar. Paulo, que também não participara do GIF, afirmou que as experiências dos outros colaboravam para que ele não se sentisse só e o

ajudavam a pensar e a refletir. Essa ideia também foi muito importante para a tese, colaborando para esclarecer a relação entre pesquisa e análise. Várias pessoas destacaram a ideia de que um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos familiares é o sentimento de isolamento, o que veio ao encontro das ideias presentes no capítulo 3.

Ao longo do encontro, a preocupação quanto à fidelidade do texto perdera um pouco de sua importância. O debate inicial acerca do sigilo impusera uma preocupação em determinar se o texto expressava de maneira mais ou menos fiel o que fora dito por cada participante – e, conseqüentemente, levou a uma preocupação quanto à necessidade de obter confirmação e autorização individuais. À medida que líamos os fragmentos, o tema da “fidelidade” tornou-se menos fundamental do que a pertinência do texto para o grupo e a sua capacidade de fabricar um interesse comum. Esse fato colaborou para o entendimento de que a análise não tem a pretensão de fazer um inventário de todas as possíveis compreensões (um “recenseamento” dos pontos de vista), nem bem de corrigir imprecisões em prol da correspondência com “fatos”. A perfeita adequação podia ser bem menos interessante do que aquilo que Despret (1999) designou como “mal-entendidos promissores”, como vimos no capítulo 3.

Por outro lado, afirmações como “foi isto mesmo o que aconteceu” ou “comigo foi exatamente assim” também ajudaram a pôr em xeque a separação entre “fatos” e “análise”. Essas falas se reportavam não apenas aos relatos diretos das falas no GIF, como transcrições de áudio, mas à narrativa como um todo. A análise não era tão somente uma interpretação a respeito de dados factuais. Ela própria se mostrava factual e comportava certo tipo de objetividade, muito diferente da mera correspondência com “dados” que independeriam da experiência.

Lemos juntos, ainda, o trecho que consta no início do capítulo 4. Vera sugeriu algumas mudanças nesse relato. Ela destacou também, de maneira muito pertinente, a importância de se considerar a especificidade de cada situação: ainda que versões alternativas sejam possíveis diante de situações difíceis (como aquela proposta por Paulo neste fragmento), nem sempre elas serão possíveis para todo mundo a qualquer momento.

Comparando a situação atual com a época do relato, Vera deu notícias sobre a melhora do relacionamento com seu irmão. Ela nos contou como ele tem

estado ultimamente e levantou alguns aspectos positivos e negativos de uma recente internação pela qual ele passara. Tal como acontecia com o Guia no GIF, a leitura do fragmento da tese servia para disparar novas conversas e pôr em perspectiva episódios de vida atuais.

Os participantes desse encontro sublinharam, ainda, a importância da presença dos trabalhadores nos grupos (devido a um comentário, em um dos fragmentos, sobre a dificuldade de permanência de um trabalhador no GIF). Apesar do apoio mútuo entre familiares lhes parecer fundamental, eles fizeram questão de destacar que a presença do trabalhador é imprescindível para dar melhor suporte para o tratamento. A proposta da GAM (para aqueles que não a conheciam) lhes parecera muito pertinente para tornar o médico uma figura mais acessível. André mencionou ainda a situação precária que vivia o CAPS naquele momento, quando uma grande parte dos trabalhadores estava à espera de saber se continuariam ou não em seus empregos. André disse que a rotatividade dos trabalhadores é um grande problema na saúde mental e uma falta de sensibilidade com os usuários. Ele afirma que Associação pode ser um instrumento de continuidade e deve manter uma relação bem próxima com os trabalhadores.

Conversando sobre a questão dos usuários que se recusam a frequentar o CAPS (questão que ganha algum destaque ao longo da tese), muitos participantes disseram enfrentar situações parecidas. André disse que, em sua opinião, o CAPS deve ser um espaço de referência e deve estar preparado para receber o usuário, mas que isso não deve se transformar em uma imposição.

Durante a leitura de alguns fragmentos, ocasionalmente eu me senti desconfortável diante de uma determinada frase ou da maneira de redigir algum episódio. A situação concreta de leitura coletiva me permitiu ter uma experiência mais clara do imperativo de pensar *com* os outros, tornando-os efetivamente presentes ao longo da confecção do trabalho. Tornou-se mais vívida a minha atenção quanto à “seleção, transformação e circulação das informações” (LEMAIRE, 2013). Essa experiência modificou a minha maneira de redigir a tese dali por diante.

Ao longo da leitura dos trechos, em determinado momento, Irene disse, animada, que se eu quisesse “podia botar o nome dela também!”. Ao final do encontro, todos os que não haviam participado do GIF me deram seus nomes

para que eu também os incluísse no trabalho. Foram eles: Jucimar Soares Martins, Maria Aparecida Nunes, Irene de Oliveira Rodrigues, Paulo Roberto do Nascimento e André Luís Correa de Oliveira.

b) O encontro com os pesquisadores-universitários

Aproximadamente dois meses mais tarde, no dia 04/03/15, realizamos o dispositivo de análise coletiva com os pesquisadores-universitários. A princípio, o grupo de pesquisa ficou em dúvida em relação a quem deveria participar do encontro: as pesquisadoras universitárias que participaram do GIF? Todos os pesquisadores-universitários que trabalharam no projeto GAM na UFF? Todos os pesquisadores do grupo Enativos? Tendo em vista a experiência com os familiares e as ideias que vinha desenvolvendo na tese, decidimos manter o convite aberto a todos aqueles que se sentissem de algum modo interpelados pela proposta. Foram muitas as dificuldades de conciliação de agendas, o que exigiu bastante tempo de negociação. Ao fim, realizamos o dispositivo Sandro, Júlia e Eduardo, nosso orientador.

Como ponto de partida do encontro, propus a leitura de um fragmento do capítulo 2, que trata sobre o tema da reflexividade e sobre as relações entre o GIU e o GIF do ponto de vista da análise. Durante a redação da tese, fui me dando conta que o GIU e o GIF estiveram relativamente isolados um do outro, conforme indicado no capítulo 2. Parecia-me que estabelecemos poucas articulações de análise entre os dois grupos ao longo do processo de pesquisa-intervenção.

Sandro e Júlia não compartilhavam inteiramente dessa minha avaliação. Eles apontaram diversos elementos que promoveram a transversalização dos grupos durante o processo de pesquisa-intervenção, sobre os quais falávamos em supervisão e que merecem um registro. Sandro lembrou um episódio que ele narra em sua tese, de quando uma usuária, irritada com uma situação que ocorrera no GIU, foi ao GIF e quebrou o gravador que nós utilizávamos lá. Júlia também lembrou que frequentemente estabelecíamos um paralelo entre os usuários que participavam do GIU e os seus respectivos familiares que participavam do GIF.

Esses episódios foram de fato lembranças importantes, que eu não havia até então considerado suficientemente. Lembramos também de uma situação narrada por Sandro em sua própria tese e que teve repercussões no GIF. Na época em que Sandro redigia seu trabalho, eu enviara a ele a minha memória sobre o mesmo episódio e ficamos surpresos de perceber a diferença em nossas impressões acerca do que havia acontecido. Passamos, então, a conversar sobre o porquê da minha sensação de relativo isolamento entre o GIU e o GIF, que persistia apesar das diversas situações de que estávamos lembrando. Não era claro para mim o motivo pelo qual eu havia redigido o fragmento tal como o redigira. Entendemos que, em parte, essa minha sensação podia ser atribuída ao fato de termos estabelecido poucas articulações entre tais episódios de transversalização e o cotidiano do serviço. Embora esses episódios ocorressem a todo o momento, raramente nos apropriávamos deles em termos analíticos – isto é, de modo a produzir novas versões e articulações entre os problemas. Consideramos, também, que havia diferenças significativas entre os dois grupos, sobre as quais não conversávamos muito. Na época, por exemplo, não nos dávamos conta do quão diferentes eram os afetos preponderantes no GIU e no GIF. Também não discutíamos muito as diferenças na condução dos grupos, tais como a dinâmica de abertura/ fechamento dos GIs a novos participantes. Acabávamos atribuindo essas diferenças a situações circunstanciais e perdíamos de vista possíveis singularidades úteis à análise.

Essas constatações nos fizeram identificar alguns pontos cegos na pesquisa, que podiam ou não coincidir com pontos cegos no funcionamento do serviço. Entendemos, assim, que à medida que a análise avança, a identificação desses pontos cegos vai ficando mais fácil, embora não se possa esperar que todos esses aspectos não-analisados sejam “resolvidos”. Contudo, identificá-los pode ser útil para a realização de pesquisas posteriores.

Tal conversa acerca dos pontos cegos na pesquisa-intervenção contribuiu para a formulação da ideia, presente ao longo da tese, de que a análise tem um papel fundamental na quebra de automatismos e pressupostos tácitos. A análise permite olhar com estranhamento para situações de aparente evidência e, com isso, ela obriga à reflexão (e, portanto, à produção de conhecimento). Desse modo, os pontos cegos que identificamos equivalem não propriamente a aspectos inconscientes, mas a questões que ainda não foram suficientemente

articuladas, que ainda não puderam se tornar interessantes o bastante a ponto de produzirem respostas originais para os problemas.

As observações de Sandro e Júlia me permitiram, ainda, recuar em relação ao pressuposto de que todos os participantes da equipe GAM na UFF tinha a mesma versão sobre os acontecimentos. A análise se estendia também ao grupo de pesquisa na Universidade, que não era homogêneo e também comportava versões díspares e singulares para os problemas.

Quanto ao tema do sigilo, Júlia e Sandro ficaram tão surpresos quanto eu pelo fato de essa questão poder ser colocada também para eles, tão habituados estamos aos pressupostos tácitos (não analisados) relativos à autoria e a atribuição de responsabilidades na pesquisa acadêmica. Procurei incorporar esse estranhamento em relação ao próprio trabalho acadêmico ao longo da tese.

Outra questão relevante levantada nesse encontro se refere ao vetor judicativo da análise. Quando conversávamos sobre os “pontos cegos” da pesquisa, Júlia objetou que o fragmento que eu lera lhe soava excessivamente duro e acusatório em relação ao trabalho do grupo de pesquisa. Então isso era análise? Essa pergunta destacava o contraste entre esse tipo de avaliação e o procedimento analítico que estava em jogo nos GIs, nos quais não era tão importante buscar causas determinantes e realizar julgamentos. Essa observação contribuiu para a discussão nos capítulos 2 e 3 sobre o juízo. Identificar os pontos cegos vale sobretudo para produzir novas respostas. É um instrumento de ação, mais do que de julgamento. Essa ideia colaborou para que eu procurasse compreender a análise pelos seus aspectos produtivos, isto é, por sua capacidade de gerar novas versões e articulações.

O dispositivo de análise coletiva indicou que uma das maneiras de desmontar o vetor judicativo da análise é justamente por meio da participação - noção esta que esteve como pano de fundo na construção do capítulo 4. A leitura coletiva do fragmento da tese permitiu a multiplicação dos pontos de vista sobre aspectos importantes da questão, tornando menos fundamental saber se a análise havia sido ou não realizada de maneira “completa” na ocasião do trabalho de pesquisa-intervenção.

Aliás, o tema da incompletude da análise também chamou a atenção do grupo. Se a participação é importante para evitar que a análise se transforme em um julgamento *sobre* a experiência, como garantir que a participação seja

efetiva? Seria preciso realizar, infinitamente, dispositivos para “analisar a análise”? Essa aparente incompletude se somava ao fato de não estarmos todos os pesquisadores-universitários presentes no dispositivo de análise. As reflexões do grupo sobre essa questão foram fundamentais para a ideia de abertura de que se vale a tese. Se a participação equivale à abertura, o problema da redução ao infinito não se coloca: a análise não tem por meta “dizer tudo”, mas sim encontrar uma maneira de dizer que não se apresente como definitiva. A análise é tão mais interessante quanto maior for sua abertura para outras articulações. Em outras palavras, a análise engendra participação. Para que isso aconteça, não é necessário que todos os participantes estejam presentes sempre. Lembramos que essa ideia pode se valer do recurso ao próprio princípio da universalidade no SUS, que deve ser entendido em sua relação com o princípio da equidade - isto é, uma participação universal não significa igualdade e sim atenção às singularidades que permitem, a cada um, obter aquilo de que precisa. Consideramos, ainda, que a análise não demanda a realização, a cada etapa do trabalho, de algum tipo de verificação ou correspondência com uma suposta realidade. O objetivo da participação não é garantir uma “representatividade dos dados”.

Esse encontro, por fim, permitiu reiterar o caráter coletivo da produção de conhecimento. O fato de que a análise não recaía necessariamente sobre as “minhas” experiências, nem sobre as experiências de cada participante do grupo individualmente contribuiu para esclarecer o tema da reflexividade presente no capítulo 2, bem como a própria ideia de objetividade presente na tese (que não faz das experiências uma propriedade subjetiva). Além disso, ele permitiu sustentar a ideia de que é possível analisar coletivamente sem necessariamente criar um consenso. O encontro serviu para fazer avançar o trabalho de articulação, incluindo pontos de vista heterogêneos e, ao mesmo tempo, criando um interesse comum.

c) O encontro com os trabalhadores

O dispositivo de análise coletiva com os trabalhadores só pôde ser realizado meses mais tarde, no dia 07/07/15. Na ocasião, os trabalhadores enfrentavam muitas dificuldades para realizar seu trabalho. A falta de material e

o número reduzido de trabalhadores na equipe criavam muitos obstáculos. Havia, ainda, grande incerteza quanto à continuidade de diversos contratos de trabalho. Ainda assim, a equipe vinha conseguindo produzir cuidado e criar soluções inovadoras para os problemas, apesar de todas as condições adversas.

Participaram do encontro Mônica e Renata. Mônica estivera conosco nos últimos meses do GIF e continua participando dos encontros semanais do grupo de familiares. Mônica também tem auxiliado na consolidação da ASSAMESPA. Renata Figueiredo não participou do GIF, mas conhecia o trabalho da GAM e participara dos encontros de apoio com Lorena e Thais em 2014.

Quando começamos o encontro, Renata ainda não havia chegado, pois estava resolvendo um problema com um usuário internado no Pronto-Socorro, que fica próximo ao CAPS. Devido à entrada de uma nova equipe no Pronto-Socorro, Renata precisou ir pessoalmente renegociar toda a política de relações entre os dois serviços. Renata contou que, a cada vez que há mudança nas equipes (o que tem sido bastante frequente), é preciso recriar as redes de contatos - que se baseiam, em grande parte, em termos pessoais. Diante desse episódio, conversamos sobre a importância do tema da formação de redes no trabalho em saúde mental. Se, por um lado, as relações de interdependência entre os serviços criam dificuldades, por outro elas são fundamentais para que o trabalho se desenvolva bem. Entendemos que é preciso criar redes que ajudem na realização do trabalho, ao invés de deixar que as redes se tornem obstáculos. Renata e Mônica reafirmaram que é muito importante poder dividir as questões e não se sentir sozinho diante de um caso difícil. Essas observações são de fundamental importância para a tese. Devido às circunstâncias de realização da pesquisa-intervenção, não contamos com a presença regular de um trabalhador durante a discussão proposta pelo Guia acerca das redes de apoio. Ainda assim, as observações de Renata e Mônica sustentavam a ideia presente na tese de que é importante refletir sobre a distribuição de responsabilidades na equipe e promover a politização de determinadas questões. Essa ideia reapareceu quando lemos um fragmento do capítulo 3, que trata de experiências de isolamento vividas pelos familiares. Mônica e Renata observaram que o trabalhador desempenha um papel fundamental para evitar que as famílias se sintam isoladas ao lidar com as dificuldades e que, para tanto, o próprio trabalhador também deve evitar seu isolamento em relação ao restante da equipe. Um dos trechos

que lemos juntas mencionava a formação de redes “frias” (PASSOS; KASTRUP, 2013), distinguindo-as daquelas que são úteis ao desenvolvimento do trabalho e à promoção de autonomia. Nesse contexto, Renata observou que é preciso deixar de lado a visão de que os trabalhadores realizam seu trabalho “por vocação”; é preciso manter uma perspectiva em termos trabalhistas, para evitar que a gestão encare como obrigações dos trabalhadores tarefas que de fato não lhes cabem. Diante da situação de precariedade, muitos trabalhadores, por cuidado com os usuários, acabam desempenhando papéis que ultrapassam suas funções, sem que obtenham qualquer reconhecimento disso por parte da gestão. Esse é um argumento importante a ser considerado na discussão sobre a repartição de responsabilidades entre a equipe, presente no capítulo 3.

Mônica observou, com ligeira surpresa, que o primeiro fragmento que lemos juntas tratava de aspectos bem concretos e cotidianos do trabalho no grupo de familiares. Tratava-se de um trecho do capítulo 1, narrando o funcionamento do GIF e a mobilização do grupo para realizar a oficina de cinema, uma estratégia para que o irmão de Vera pudesse de aproximar do CAPS. O fragmento serviu de disparador para que Mônica contasse um pouco os desdobramentos desse caso. Logo após a saída das pesquisadoras-universitárias do GIF, ainda em 2013, Mônica realizou a visita domiciliar (VD) que o grupo havia ajudado a construir. A oficina funcionou durante um período relativamente breve e atualmente está desativada. O relacionamento entre Vera e seu irmão melhorou bastante; ele se encontra bem cuidado e assistido, mas não tem frequentado o CAPS, salvo para medicar-se (seu tratamento medicamentoso sofreu modificações desde aquela época). Mônica, contudo, faz uma observação semelhante a que André fizera no dispositivo de análise com os familiares: ela avalia que a ida ao CAPS não deve ser uma exigência. Se um usuário está sendo bem atendido e sua reinserção social tem avançado (como é o caso do irmão de Vera), a frequência ao CAPS não se impõe necessariamente.

No fragmento lido, há uma descrição do grupo de familiares como sendo um grupo majoritariamente formado por mães. Mônica disse que, atualmente, esse perfil mudou e hoje em dia é bem mais heterogêneo. Há muitas tias, um esposo e, nas últimas semanas, até mesmo uma criança de seis anos (ela é irmã de um usuário do CAPS e os pais não têm com quem deixá-la durante as

reuniões; Mônica relata que sua participação no grupo tem sido muito interessante).

Mônica observa, de maneira pertinente, que esta nova composição do grupo é um elemento importante para a análise. Em alguns fragmentos da tese, consta a observação de que o grupo de familiares, no início da pesquisa-intervenção, parecia reticente quanto à formação da Associação por não desejar assumir responsabilidades que o afastasse dos trabalhadores ou o levasse a uma “independência” indesejada. Mônica avalia que essa abordagem do problema não lhe parece ser a mais fundamental. Para ela, na época em que começamos o trabalho de pesquisa-intervenção da GAM, o perfil do grupo fazia com que não houvesse condições para a formação da Associação. Mais recentemente, a chegada de participantes mais jovens e reivindicativos foi o elemento decisivo para que a Associação se tornasse possível. Os novos participantes têm mais energia para levar a Associação à frente e, segundo Mônica, estão mais cientes de seus direitos e deveres. Trata-se de uma ponderação importante e que deve ser considerada em contraponto às observações tecidas ao longo da tese.

Observações finais

Compreender a análise em uma pesquisa-intervenção participativa nos levou ao esforço, de certo modo um tanto analítico, de nos debruçar sobre cada um desses aspectos: a pesquisa, a intervenção e a participação. No entanto, ao final desse percurso, podemos reter muito mais as articulações e as aproximações entre tais aspectos do que as fronteiras que, a princípio, permitiram traçar separações esquemáticas e provisórias. *Pesquisar, intervir, participar* são, enfim, três planos inseparáveis. A experiência com o GIF, no CAPS Casarão da Saúde em São Pedro da Aldeia, demandava uma atitude analítica que atravessava esses três planos e, em muitas ocasiões, denotava seus entrecruzamentos.

No plano da pesquisa, a atitude de análise possibilitava “complicar” os problemas. Ao invés de apreender um objeto ou estabelecer uma evidência única, a análise preservava a equivocidade e multiplicava os sentidos possíveis. Com isso, abriam-se novas frentes de articulações e conexões temáticas, desacelerando o processo de estabelecimento de evidências. A análise não estava em busca de causas ou da definição da verdadeira identidade de um objeto. Ao contrário, interrogando essas identidades, a análise as transformava, atribuindo-lhes (ou restituindo-lhes) a multiplicidade que fora deixada de lado para que elas se constituíssem à semelhança de um “objeto científico”.

Ora, esse procedimento analítico se apoia sobretudo em um processo de transformação. Em outras palavras, trata-se também de intervenção. A referência à obra de Despret (1999; 2004a; 2009; 2011b) é, aqui, fundamental. Seu trabalho explicita a inseparabilidade entre dispositivos de pesquisa e produção de realidade. “Sujeitos” e “objetos” surgem de determinadas maneiras graças à configuração do próprio dispositivo de investigação. A formulação dos problemas, a maneira de se endereçar aos outros, a disposição para pensar coletivamente, todos esses são aspectos da pesquisa que produzem transformações no mundo.

A inseparabilidade entre sujeito e objeto é também um dos fundamentos da abordagem enativa de pesquisa (VARELA, 1994; EIRADO *et al*, 2010; RENAULT, 2010), bem como da abordagem cartográfica (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2014). A análise é um elemento chave para compreender tal inseparabilidade na produção de conhecimento. Geralmente a análise é

tida como o momento privilegiado de uma pesquisa, quando os dados “ganham sentido”. Para alguns, isso acontece por meio do acesso a uma objetividade; para outros, por meio de uma interpretação forjada pelo pesquisador. Tanto em um caso quanto no outro, a tarefa da análise cabe de fato ao pesquisador; a depender da perspectiva, é ele quem deve velar pela objetividade eliminando ou minimizando o viés subjetivista da pesquisa, ou então é ele quem oferece todas as explicações, assumindo um relativismo que se pretende inescapável. Nesses dois casos extremos, contudo, há um traço em comum: sujeito e objeto são tidos como fundamentalmente separados e a experiência é vista como apartada do mundo “objetivo”.

Com a abordagem enativa de pesquisa, esses critérios que definem objetividade e subjetividade são postos em xeque. Para essa abordagem, a experiência não está encerrada em uma subjetividade isolada. Atentar para a articulação entre sujeito e objeto permite contemplar outro tipo de objetividade, em que a experiência tem lugar. A análise pode se voltar, assim, às relações concretas, locais, de coemergência de sujeito e objeto. O “dado” passa a ser, aqui, a própria experiência de pesquisa, tida como *acontecimento* (RENAULT; BARROS, 2014). Na experiência com o GIF, portanto, a análise não era uma etapa da pesquisa, mas uma atitude (*ethos*) que atravessava todo o processo e acompanhava cada gesto.

No GIF, a análise começava desde o primeiro instante, quando colocávamos as cadeiras lado a lado, como observou Despret¹. Toda mínima atitude afetava o conhecimento que era produzido e também recolhia os efeitos do que se produzira até então. Desse modo, uma tarefa se impunha à análise: ela devia estar atenta ao fato de que observa respostas às proposições de pesquisa. A própria análise, por sua vez, também gera efeitos e produz transformações – as pessoas não ficam indiferentes às análises que se tecem em torno dos problemas que lhes dizem respeito. Elas podem até não se interessar pela pesquisa ou pelo problema que lhes foi apresentado, mas também o desinteresse é uma resposta a proposições. Novamente, aqui, é o dispositivo que está em xeque e é a ele que cabe o trabalho de se reinventar.

Pois se a análise não obtém “dados” independentes, ela participa ativamente na fabricação daquilo que analisa. Dito de outro modo, a análise depende de uma conexão com os problemas que ela mesma ajuda a construir. Em termos práticos, isso demanda

¹ Comunicação pessoal (2014)

respostas menos automáticas para as dificuldades e, principalmente, isso exige a capacidade de inventar novos problemas.

As conexões e articulações temáticas que acontecem no plano da pesquisa têm, ainda, outra repercussão importante no plano da intervenção: elas também promovem conexões entre pessoas e entre instituições. Da mesma maneira que se multiplicam as versões para um problema comum, multiplicam-se também os atores que são convocados para o debate e que podem se interessar. Cria-se comunidade.

Nesse sentido, o próprio GIF foi um efeito das análises na pesquisa-intervenção de adaptação do Guia GAM-BR. A pesquisa-intervenção realizada por usuários, trabalhadores e universitários em torno da gestão autônoma da medicação convocou um novo grupo, os familiares. Trata-se de um grupo especialmente relevante para a análise no Projeto GAM-BR, pois os familiares ocupam uma posição limítrofe no serviço, onde são vistos ao mesmo tempo como alvos do cuidado e como rede de apoio dos usuários (e, portanto, como cuidadores). O grupo de familiares se constitui, assim, como um espaço privilegiado para interrogar identidades e atribuições nos serviços de saúde e para promover um deslocamento de perspectivas útil à análise.

O trabalho de validação do Guia GAM-BR no GIF exigia, de saída, esse exercício constante de deslocamentos de ponto de vista. Debatíamos juntos - familiares, trabalhadores e universitários - um Guia que se endereçava aos usuários. A conexão entre diferentes experiências era, portanto, a premissa do trabalho, já analítico desde o seu início. Ler o Guia com os familiares conectava de imediato suas experiências com as de usuários, a quem o Guia se endereçava, e universitários, interessados em validar o instrumento. O modo como utilizávamos o Guia também se valia dessa possibilidade de transitar entre experiências heterogêneas – respondíamos o Guia tanto do ponto de vista do próprio grupo quanto do ponto de vista dos usuários.

Tais deslocamentos de ponto de vista eram operadores da proliferação de sentidos e da reinvenção dos problemas. Eram, portanto, operadores analíticos. No GIF, adotar diferentes perspectivas em torno dos temas que debatíamos gerava numerosas (e crescentes) articulações temáticas: o uso da medicação evocava questões que iam desde as condições do serviço de saúde até o uso do transporte coletivo. Essa característica do trabalho no grupo nos deu muitas pistas relativas à validação do Guia – que promove, ele próprio, conexões entre temas diversos (o uso do medicamento, seus efeitos no corpo e na vida cotidiana, as relações pessoais, a cidadania).

No plano da intervenção, os efeitos desses deslocamentos também eram expressivos. Tornava-se possível cultivar cada vez mais o cuidado mútuo e a corresponsabilização. Questões que antes eram vividas de maneira exclusivamente pessoal, individualizada, podiam ser compartilhadas e ganhar um sentido comum. Aparentemente, essa estratégia é bem pouco terapêutica: há sempre o risco de se sentir paralisado diante de questões complicadas demais, que adquiriam níveis crescentes de complexidade. No entanto, apesar de seus riscos, a “complicação” trazia também efeitos clínicos significativos: o isolamento diminuía e as questões podiam ganhar novas portas de entrada para a ação. Tornava-se possível responder de maneira relativamente inédita a situações de dificuldade graças à reconfiguração dos problemas. A inclusão de pontos de vista heterogêneos permitia uma mudança de foco, uma abertura de perspectiva, de maneira que experiências até então periféricas podiam voltar a fazer parte da arena de debates². Assim, os pontos de vista se tornavam mais suscetíveis a transformações mútuas. As respostas transbordavam os limites individuais e se tornavam um interesse comum, promovendo mobilização coletiva. Ao mesmo tempo, como indicou Lemaire³, abria-se espaço na rede para o surgimento de novas habilidades, que iam além da simples justaposição de competências específicas de cada categoria profissional.

A intervenção, portanto, gerava participação. A análise envolvia um número crescente de pessoas e instituições que, por sua vez, também passavam a se apropriar do trabalho analítico. A participação no processo de análise era simultaneamente um *efeito* e uma *fonte* de novas análises.

A participação no trabalho analítico não coincidia necessariamente com uma presença ativa, militante, em espaços institucionalmente destinados a esse fim. A participação “em análise” acontecia, muitas vezes, de maneiras imprevistas e em escala aparentemente reduzida. Por outro lado, contudo, pode-se dizer também que essa participação era extremamente ousada, porque ela acontecia justamente no coração do processo de produção de conhecimento.

A participação na tarefa de pesquisa e mais especificamente, na análise, aparecia como o cerne da participação que, mais tarde, se apresenta em termos nitidamente políticos (tal como a participação nas Associações ou nos Conselhos de Saúde, por exemplo). Acompanhando Zask (2002) a propósito da obra de Dewey, é possível pensar a análise de pesquisa como uma experimentação em sintonia com práticas

² Essa é uma tarefa muito semelhante à realizada pela abordagem da *Clinique de Concertation*.

³ Comunicação pessoal (2014).

políticas participativas em favor da democracia. A experimentação é o elo que une a pesquisa e a participação.

Nesse sentido, a GAM não é um projeto de pesquisa que se completa ou termina após a validação do Guia ou a saída dos pesquisadores universitários do serviço. Por vezes, promover a participação é apenas abrir espaço ao outro. Daí o caráter aberto e, em certo sentido, interminável da análise. A atitude experimental e analítica pode ser apropriada por todos - usuários, trabalhadores e familiares. Essa possibilidade de exercício da análise por parte de todos é, a meu ver, um dos sentidos mais relevantes da autonomia no Projeto GAM-BR.

Do ponto de vista da metodologia de pesquisa-intervenção, isso significa reafirmar a indicação da Análise Institucional (LOURAU, 1975), para a qual quem realiza de fato a análise é o analisador, não o analista. A posição de analista podia, no GIF, circular entre todos os participantes à medida que o grupo se contraía. Esse gesto permite descentralizar o trabalho analítico, o que, mais uma vez, promove participação. O caso do GIF era especialmente interessante para esse gesto de descentralização - deslocar-se constantemente entre a experiência de usuários e a experiência de familiares nos conferia mobilidade.

O tema da análise exerce, assim, um impacto na noção mesma de participação: a análise não é uma decomposição do coletivo em partes. Trata-se, antes, de uma aposta na autonomia e na inteligência coletiva, o que promove efeitos clínicos na rede, isto é, nas relações entre as pessoas e entre os serviços. Pesquisar, assim, pode ser um gesto terapêutico.

A autonomia na gestão do tratamento medicamentoso ou na gestão dos recursos terapêuticos abrange também a capacidade de experimentar possibilidades novas e de construir para si maneiras singulares de se posicionar no mundo. A análise, ao conferir singularidade a uma experiência e diferenciá-la de outras à primeira vista semelhantes, colabora nessa construção.

Se a análise é um instrumento para fazer proliferar versões, a atenção às singularidades é um de seus atributos fundamentais. Avessa às generalizações, a análise busca distinguir experiências que, à primeira vista, poderiam ser encaradas “em bloco” (nem todas as experiências com medicamentos são terapêuticas, nem todas as vozes das quais nos falamos os usuários dizem a mesma coisa). Contudo, essa operação de distinção não visa à individualização dos problemas, ao contrário: as singularidades permitem conexões inéditas e novas composições.

Uma questão legítima a ser levantada e que persiste ao longo da tese se refere à especificidade da análise: se a análise não é uma etapa da pesquisa-intervenção, o que a diferencia de outros aspectos do processo? Se ela pode estar presente em cada gesto, como saber onde ela começa e onde ela termina?

Com efeito, a análise porta uma circularidade que, do ponto de vista metodológico, parece bastante desconfortável. Gestos analíticos produzem os “dados” para as análises subsequentes, de modo que não há, na pesquisa, um ponto de partida único e determinante que independa de toda e qualquer análise. Isso não significa, contudo, dizer que a análise sempre ocorre, em todas as circunstâncias. Por vezes, ela é ainda insuficiente e demanda cuidado e dedicação. Daí a importância de discernir pistas que identifiquem a análise e ajudem a compreender sua tarefa.

Vale lembrar que a pesquisa-intervenção não procura “coletar” dados; seu trabalho está muito mais próximo aos de “cultivo” e “colheita” que da coleta propriamente dita (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; SADE; RENAULT; MELO; PASSOS, 2013). Em certo sentido, todas as pesquisas “colhem aquilo que cultivam”; a diferença, aqui, está no fato de que a pesquisa-intervenção está deliberadamente atenta a esse fato. Ela guia suas ações de modo a incorporar tal atenção.

Diante dessa atitude da pesquisa-intervenção, a questão acerca de onde começa e onde termina a análise perde muito de sua importância. Diferentes aspectos do trabalho coexistem simultaneamente, dentre os quais a análise. Talvez seja mais relevante perguntar o que se ganha ao se definir a análise como uma atitude que atravessa todo o processo da pesquisa-intervenção. A meu ver, a vantagem é poder lançar mão da análise como um instrumento para sustentar a atenção e prolongar os gestos de cultivo da pesquisa-intervenção. Nesse sentido, embora a análise não seja uma etapa à parte, ela pode perfeitamente não ir longe o bastante. Até que ponto somos capazes de reexaminar as evidências, multiplicar sentidos, incluir a heterogeneidade? A análise serve como um critério desafiador, que nos permite avançar na tarefa de pensarmos juntos.

Referências bibliográficas

ALVAREZ DE TOLEDO, S. Pédagogie poétique de Fernand Deligny. In:

Communications, 71, pp. 245-275, 2001. Disponível em :

[/web/revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_2001_num_71_1_2087](http://web.revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_2001_num_71_1_2087)

ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F. de; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. DSM-IV – 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

AZRIA, E. L’humain face à la standardisation du soin médical. *La Vie des idées*, 26 juin 2012. Disponível em: <http://www.laviedesidees.fr/L-humain-face-a-la-standardisation.html>

BAKER, P. **Entendre des voix- Guide pratique**. Genève : P. Aepc - Association Écrivains, Poètes e Cie., 2000.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARRETT, R. **La traite des fous – la construction sociale de la schizophrénie**. Le Plessis-Robinson : Synthelabo, 1998.

BARROS, R. D. B. **Grupos: a Afirmação de um Simulacro** (tese de doutorado), São Paulo: PUC-SP, 1994.

BELLAHSEN, M. **La santé mentale – vers um bonheur sous contrôle**. Paris : La Fabrique éditions, 2014.

BELLI, R. F. Influences of misleading postevent information: misinformation interference and acceptance. **Journal of Experimental Psychology: General**, 118 (1), 72-85, 1989.

BERGSON, H. **Matéria e Memória**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BION, W. R. **Recherches sur les petits groupes**. Paris : Presse Universitaires de France, 2012.

BOUQUIAUX, L ; DESPRET, V. **Diplomatie de la conspiration**. In : *Séminaire sur l'enquête*. Trabalho apresentado como comunicação em seminário organizado pelo grupo FRUCTIS, Université de Liège, junho de 2014.

BRANDÃO, C. R. A pesquisa participante e a participação da pesquisa. Um olhar entre tempos e espaços a partir da América Latina. In: BRANDÃO, C. R.; STRECK, D. R. **Pesquisa participante: a partilha do saber**. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2006.

BRASIL. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Os Centros de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e Compartilhada**/ Ministério

da Saúde. SAS. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – Brasília: ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS/** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CALICIS, F. Intérêt de l'utilisation des objets flottants dans l'approche des pans les plus douloureux de l'histoire des patients et de leur familles. **Thérapie Familiale**, 4, vol. 27, p. 339-359, 2006.

CALIMAN, L. O TDAH: entre as funções, disfunções e otimização da atenção. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 559-566, jul./set. 2008.

CALLON, M.; RABEHARISOA, V. La leçon d'humanité de Gino. **Réseaux**, vol. 17, n. 95, pp. 197-233, 1999.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4 (2): 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CHAUVENET, A.; DESPRET, V.; LEMAIRE, J. M. **Clinique de la Reconstruction. Une Expérience avec des Réfugiés en ex-Yougoslavie**. In: Collection Santé, société et culture. Paris: L'Harmattan, 1996.

COLLECTIF DE RECHERCHE DE LA CLINIQUE DE CONCERTATION.

Comment mieux 'vivre ensemble' em Algérie – Lettre Concertative n 4, Alger : 2011. Disponível em: <http://concertation.net/site/ressources/wp-content/uploads/sites/2/2013/05/lettre-04-Alger-Vivre-Ensemble-Alger-2010.pdf>

COLLECTIF DE RECHERCHE DE LA CLINIQUE DE CONCERTATION. **Pratiques transversales de proximité – Lettre Concertative n°6**. Formation/ Action

au travail Thérapeutique de Réseau, Flemalle : 2010-2011. Disponível em : <http://concertation.net/site/ressources/ecrits-concertatifs/lettres>.

COSTA, D. F. C. da; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 95, p. 572-582, Dec. 2012 .

DEKEYSER, E. **La ‘Clinique de Concertation’**. Lettre concertative n°3. Varsovie, 2009. Disponível em <http://concertation.net/site/ressources/wp-content/uploads/sites/2/2013/05/lettre-03-Clinique-de-concertation-E-Dekeyser-Varsovie-2009-relu-JML-EdK-2012.10.25.pdf>

DELEUZE, G. **Le pli. Leibniz et le baroque**. Paris : Les Éditions de Minuit, 1988.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. São Paulo:Ed. Graal, 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**. v.1. Rio de Janeiro: Ed. 34 Letras, 1995.

DEPRAZ N., VARELA F., VERMERSCH P. **On Becoming Aware**. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company; 2003.

DESPRET, V. **Ces émotions que nous fabriquent**. Paris: Lês empecheurs de penser en rond, 1999.

DESPRET, V. **Hans, le cheval qui savait compter**. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond/ Le Seuil, 2004a.

DESPRET, V. The body we care for: figures of anthropo-zoo-genesis. **Body & Society**. Sage Publications, v. 10 (2-3), 2004b.

DESPRET, V. **Penser comme un rat**. Versailles: Quæ, 2009.

DESPRET. V. Leitura etnopsicológica do segredo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.23–n.1, p.5-28, Jan./Abr.2011a.

DESPRET, V. Os dispositivos experimentais. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23 – n.1, p.43-58, Jan./ Abr. 2011b.

DESPRET, V. En finir avec l'innocence. Dialogue avec Isabelle Stengers et Donna Haraway, in DORLIN, E. et RODRIGUEZ, E. (dir.), **Penser avec Donna Haraway**, coll. "Actuel Marx", Paris, 2012.

DESPRET, V. **Notes du Cours. Fondements, méthodes et évaluations de l'intervention psychologique**. Université Libre de Bruxelles, s/d.

DEWEY, J. Experiência e natureza – trechos selecionados. In: OS PENSADORES, vol. XL, São Paulo: Ed. Abril, 1974.

DINGDINGDONG. Institut de co-production de savoir sur la maladie de Huntington. **Composer avec Huntington – La maladie de Huntington au soin de ses usagers. Rapport d'étape**, fevereiro de 2014.

DOMITROVIC, N. **As práticas farmacológicas com o Metilfenidato: habitando fronteiras entre o acesso e o excesso** (dissertação de mestrado) Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional, 2014.

EIRADO *et al.* Memória e alteridade: o problema das falsas lembranças. **Mnemosine**, v. 2 (2), p.75-86, 2006.

EIRADO, A.; PASSOS, Eduardo. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. da (org). **Pistas do Método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009.

EIRADO, A. *et al.* Estratégias de pesquisa no estudo da cognição: o caso das falsas lembranças. **Psicologia & Sociedade**, 22(1), 84-94, 2010.

ESTROFF, S. **Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion**. Paris: Les Empêcheurs de penser en rond/ Institut Synthélabo, 1998.

ESTROFF, S. A View from the Window: Making it Crazy Twenty Five Years Later. **Qualitative Social Work**. Vol 2 (4): 493-502, 2003.

FAPERJ. **Autonomia e direitos humanos na experiência em primeira pessoa de técnicos e usuários em serviço de saúde mental: a experiência da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**. PASSOS; E. ; EIRADO, A. Projeto apresentado à FAPERJ em 2009.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: **Ditos e escritos IV. Estratégia, Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRANCES, A. **Saving Normal**. New York: HarperCollins, 2013.

FREUD, S. (1937). Construções em análise. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 1996.

FREUD, S. (1918) Linhas de progresso na terapia analítica. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XVII, 2006a.

FREUD, S. (1937) Análise terminável e interminável. In **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. XXIII, 2006b.

GARRETT, M. 'Normalizing' the voice hearing experience – the continuum between auditory hallucinations and ordinary mental life. In: LARØI, F.; ALEMAN, A. **Hallucinations – A guide to treatment and management**. New York: Oxford University Press, 2010.

GIACCHERO VEDANA, K. G.; INOCENTI MIASSO, A. A terapêutica medicamentosa pode alterar o prognóstico da esquizofrenia? A perspectiva de pacientes

e familiares. **Saúde & Transformação Social/ Health & Social Change** [online], vol. 1, n. 3, pp. 31-37, 2011. Disponível em [:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319573006>](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319573006)

GIGLIO- JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em Saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

GUIMARÃES, C. A. Medicina baseada em evidências. **Rev. Col. Bras. Cir.**; 36(5): 369-370. Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009.

HACHE, E. La responsabilité, une technique de gouvernementalité néolibérale ? **Raisons politiques**, 4, 28, p. 49-65, 2007.

HACHE, E. ; LATOUR, B. Morale ou moralisme ? Un exercice de sensibilisation, **Raisons politiques**, 2, n° 34, p. 143-165, 2009.

HENDRICKX, K. Rivalling Evidence-Bases and Politics in Regulatory Science. **Food, Science & Law**, n.4, pp. 125-128, 2013.

HENDRICKX, K. **Bodies of evidence: An Anthropology of the Health Claim**. (tese de doutorado) Sciences Politiques et sociales, Liège: University of Liège, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/2268/168359>.

IMS-HEALTH. **The Global Use of Medecins: Outlook through 2017**. IMS Health Informatics, 2013.

KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção, In: **Pesquisa-intervenção na infância e juventude**. Rio de Janeiro: Nau, p. 465-489, 2008.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum**. Porto Alegre: Sulina 2014.

KUPERMANN, D. A via sensível da elaboração. Caminhos da clínica psicanalítica. **Cad. Psicanál.- CPRJ**. Rio de Janeiro, ano 32, n. 23, p.31-45, 2010.

LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: NUNES, J. A.; ROQUE, R. (orgs). **Objetos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Edições Afrontamento, pp. 40-61, 2007.

LATOUR, B. **Ciência em ação – como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora**. 2ª edição. São Paulo: Ed. Unesp, 2011.

LATOUR, B. **Enquête sur les modes d'existence. Une anthropologie des Modernes**. La Découverte. 2012.

LEMAIRE ; J-M. ; VITTONNE, E. ; DESPRET, V. Clinique de Concertation et système : à la recherche d'un cadre rigoureux et ouvert. **Génération**, n. 28, Paris, 2003.

LEMAIRE, J-M. **Sensibilisation au 'Sociogénogramme'**. Note concertative n. 1. Collectif de recherche de la 'Clinique de Concertation' : Gonesse, 2010. Disponível em <http://concertation.net/site/ressources/wp-content/uploads/sites/2/2013/05/note-01-sensibilisation-au-socio-JM-Lemaire-Gonesse-2010.pdf>.

LEMAIRE, J-M. La sélection, la transformation et la circulation de l'information. **L'Observatoire**, Numéro spécial *Le secret professionnel partagé*, Province de Liège, vol. 77, pp. 21-25, 2013.

LOFTUS, E. F.; HOFFMAN, H. G. Misinformation and memory: the creation of new memories. **Journal of Experimental Psychology: General**, 118 (1), 100-104, 1989.

LOFTUS, E; KETCHAM, K. **The myth of repressed memory. False memories and allegations of sexual abuse**. New York: St. Martin Griffin, 1996.

LOURAU, R. Analyse institutionnelle et question politique. In: **L Homme et la société**, N. 29-30. Analyse institutionnelle et socialanalyse. pp. 21-34, 1973.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

LOURAU, R. Implication et surimplication. **Revue du MAUSS** (Mouvement Anti-Utilitariste dans les Sciences Sociales), n°. 10, 4º trimestre, 1990. Tradução Ana Paula Jesus Melo.

LOURAU, R. Segundo Encontro. René Lourau na UERJ. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. **Mnemosine**, v.3, n. 2, pp. 25-48, 2007.

LUHRMANN, T. M. **Of two minds. An anthropologist looks at American psychiatry**. New York: Vintage Books, 2001.

LUHRMANN, T. Saving minds along with souls. **The New York Times**. The Opinion Pages. April 18, 2014.

MANIGLIER, P. **Comment se faire sujet? Philosopher à partir des ‘Cliniques de Concertation’** – lettre concertative n. 1. Paris, 2006. Disponível em http://www.concertation.net/site/wp-content/uploads/articles/Comment_se_faire_sujet.pdf

MARTIN, E. **Bipolar expeditions – Mania and depression in American culture**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2009.

MARX, K. **O Capital. Edição Resumida por Julian Borchardt**. 4ed. Biblioteca de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

MASSÉ, L. L'évaluation des besoins : un outil pour la planification. In : ALAIN, M. ; DESSUREAULT, D. **Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale**. Québec : Presses de L'Univrsité du Québec, 2009.

MASSET, R. **Conflits praticables, conflits partageables. Feuillelet concertatif n. 1**, Rixensart : Collectif de Recherche de la ‘Clinique de Concertation’, 2012. Disponível em <http://concertation.net/site/ressources/wp-content/uploads/sites/2/2014/03/feuillelet-01-Conflits-praticables-Texte-r%C3%A9duit.pdf>

MATTAR, C. M.; SÁ, R. N de. Os sentidos de “análise” e “analítica” no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, vol. 8, n.2, pp. 191-203, 1 semestre 2008.

MATURANA, H.; VARELA, F. **A Árvore do Conhecimento**. São Paulo: Editora Palas Athena, 2005.

McDERMOTT, K. B.; ROEDIGER III, H.L. Creating false memories: remembering words not presented in lists. **Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition**, 21 (4) 803-814, 1995.

MELO, J.; SCHAEPI, P. B.; SOARES, G.; PASSOS, E. Acesso e compartilhamento da experiência na Gestão Autônoma da Medicação – O manejo Cogestivo. In: BRASIL. Ministérios da Saúde, SAS. **Caderno HumanizaSUS**, v. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MICHAUX, H. **Connaissance par les gouffres**. Saint- Amand: Gallimard, 2011.

MIGUEL, M. *Le Moindre Geste* ou Infância em Cevennes por volta de 1960. **Revista Poiésis**, n. 24, p. 93-108, Dezembro de 2014.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOL, A. **The Logic of Care – Health and the Problem of Patient Choice**. London and New York: Routledge, 2008.

MORAES, M. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. In.: MOARES, M. e KASTRUP, V. **Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2010.

MOTA, D. M. *et al.* O uso abusivo de benzidamina no Brasil: uma abordagem em farmacovigilância. **Ciência saúde coletiva**, vol. 15, n. 3, Rio de Janeiro, maio 2010.

MUÑOZ, N. M, SERPA Jr, O. D., LEAL, E. M, DAHL, C. M. &. OLIVEIRA, I. C. Pesquisa clínica em saúde mental: o ponto de vista dos usuários sobre a experiência de ouvir vozes. **Estudos de Psicologia**, 16(1), pp. 83-89, janeiro-abril/2011.

MUSHENO, M. Legal consciousness on the margins of society: struggles against stigmatization in the AIDS crisis. **Identities**. Vol. 2 (1-2), pp. 101-122, 1995.

NATHAN, T. **En psychothérapie : malades, patients, sujets, clients ou usagers ?** Conferência pronunciada em 12 de outubro de 2006 no colóquio *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*. Droits de diffusion et de reproduction réservés © 2006-2010 — Centre Georges Devereux Disponível em <http://www.ethnopsychiatrie.net/tobieusagers.htm>

NOGUEIRA FILHO, D. M.; HORTA WARCHAVCHIK, V. L. Formação do analista: um impasse necessário. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, 41 (74): PP. 141- 150, jun. 2008.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, Rio de Janeiro, Nov. 2006.

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**. vol.42, n.6, pp. 1090-1096, 2008.

ONOCKO CAMPOS, R; PASSOS, E.; LEAL, E.; TÓFOLI, L. F.; SERPA, O. **Pesquisa avaliativa de saúde mental: instrumentos para a qualificação da utilização de psicofármacos e formação de recursos humanos**. Projeto de Pesquisa aprovado pelo CNPq, 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. S. Vertentes analíticas em pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis**. V. 21, n. 4, 2011.

ONOCKO CAMPOS, R., PALOMBINI, A. L., SILVA, A. E., PASSOS, E., LEAL, E. M., SERPA, O. D., MARQUES, C., GONÇALVES, L, SANTOS, D., SURJUS, L., EMERICH, B., OTANARI, T. M. C., STEFANELO, S. Adaptação multicêntrica de um

Guia para a Gestão Autônoma da Medicação. **Interface** (Botucatu. Impresso). , v.16, p.967 - 980, 2012.

PALOMBINI, A.; ONOCKO CAMPOS, R.; SILVEIRA, M; GONÇALVES, L.L.M.; ZANCHET, L.; ZAMORA XAVIER, M. H.; MARQUES, C. C e. Relações entre pesquisa e clínica em estudos em cogestão com usuários de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva** (18) 10, pp. 2899-2908, 2013.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. da. (org). **Pistas do Método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009.

PASSOS, E & BARROS, R B. Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. da (orgs) **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; CARVALHO, S. V.; MAGGI, P. M. de A. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 7(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal, Rev. Psicol.**, v. 25 – n. 2, p. 391-414, Maio/Ago. 2013.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. (org.). **Pistas do Método da cartografia – a experiência de pesquisa e o plano comum – Vol. 2**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2014.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, 17 (3), 18-25, set-dez: 2005

PETITMENGIN, C.; NAVARRO, V.; [LEVANQUYEN](#), M. *et al.* Anticipating seizure: pre-reflective experience at the center of neuro-phenomenology. **Consciousness and Cognition** 16, pp. 746–764, 2007.

PIGNARRE, P. **Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange entre science,**

marché et société. Paris : Éditions la Découverte, 1997.

PIGNARRE, P. **Comment ‘solidifier’ le savoir psy? Le role des associations de patients.** Conferência pronunciada em 12 de outubro de 2006 no colóquio *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*. Droits de diffusion et de reproduction réservés © 2006-2010 — Centre Georges Devereux. Disponível em <http://www.ethnopsychiatrie.net/pignarusagers.htm>

PIGNARRE, P. A Revolução dos antidepressivos e da medida. **Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar**, v. 4, n. 1, jan-jun., p. 140-145, 2012.

RAMOS, J. F. C. **A autonomia como um problema: uma pesquisa a partir da realização do dispositivo GAM em um CAPS fluminense.** (dissertação de mestrado). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia Niterói: UFF, 2012.

RENAULT, L. **Um estudo sobre a noção de experiência no campo da cognição: a abordagem enativa** (dissertação de mestrado). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia Niterói: UFF, 2010.

RENAULT, L.; BARROS, M.E.B. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In. PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, V. **Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum.** Porto Alegre: Sulina, 2014.

RENAULT, L.; PASSOS, E.; EIRADO, A. Da entrevista de explicitação à entrevista na pesquisa cartográfica. In: GALLI, T.; AMADOR, F.; BARROS, M. E. B. **Clínicas do Trabalho e Paradigma Estético, no prelo.**

REYNA, V; LLOYD, F. Theories of False Memory in Children and Adults. **Learning and Individual Differences**, 9 (2), 95-123, 1997.

RIVIÈRES, A. **Manifeste de Dingdingdong**, Editions Dingdingdong, Paris: 2013.

ROCHA, M. L da; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicol. cienc. prof.**, vol.23, no.4, p.64-73. Dez 2003.

RODRIGUES, H. C. de B. Analisar. In: FONSECA, T., NASCIMENTO, L. MARASCHIN, C. Orgs. **Pesquisar na diferença**, Porto alegre: Sulina, 2012.

RODRIGUES, S. E. **Modulações dos sentidos da experiência psicotrópica: saúde mental e gestão autônoma de psicotrópicos lícitos e ilícitos** (tese de doutorado). Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia Niterói: UFF, 2014.

RODRIGUEZ del B., L.; POIREL, M.-L. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: la Gestion Autonome des Médicaments de l'âme. **Nouvelles pratiques sociales**, vol. 19, n° 2, p. 111-127, 2007. Disponível em <http://id.erudit.org/iderudit/016054ar>

ROLNIK, S. **Lygia Clark e o híbrido arte/clínica**. São Paulo, PUC/SP, 1994 (mimeo).

ROMME, M.; ESCHER, S. Personal history and hearing voices. In: LARØI, F.; ALEMAN, A. **Hallucinations – A guide to treatment and management**. New York: Oxford University Press, 2010.

ROSSI, A.; PASSOS, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista EPOS**. Rio de Janeiro/RJ, Vol.5, n° 1, pág. 156-181, jan-jun de 2014.

SADE, C. RENAULT, L. MELO, J.,PASSOS, E. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** vol.18 no.10 Rio de Janeiro Oct. 2013.

SALAZAR, A.L.; GROU, K. B.; SAMPAIO, L.; SCHEFFER, M. **Medicamento: um direito essencial**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp); Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP); Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC); 2006.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo. 7ª edição, 2012.

SELINGER, C. P. The right to consent: Is it absolute? **British Journal of Medical Practitioners**, v.2, n. 2, june 2009.

SHACTER, D. **Os sete pecados da memória: como a mente esquece e lembra**. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 2003.

SPROCQ-DEMARCO, N; REY, Y. Les objets flottants em formation systémiques: contribution au développement personnel et professionnel du futur thérapeute. **Cahiers critiques de thérapies familiales et de pratiques de réseaux**, 2, n, 48, p. 69-80, 2008.

STEIN, L. (org.). **Falsas memórias: fundamentos científicos e suas aplicações clínicas e jurídicas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STENGERS, I. **La volonté de faire science : a propos de la psychanalyse**. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 1992.

STENGERS, I. **Usagers : Lobbies ou création politique ?** Conferência pronunciada em 13 de outubro de 2006 no colóquio *La psychothérapie à l'épreuve de ses usagers*. Droits de diffusion et de reproduction réservés © 2006-2010 — Centre Georges Devereux. Disponível em <http://www.ethnopsychiatrie.net/stengusagers.htm>

STENGERS, I. « La rationalité se trouve du côté de la remise en question du pouvoir et des experts » Entrevista concedida a Gildas Le Dem. **Regards**. 9 de dezembro de 2014. Disponível em : <http://www.regards.fr/web/article/isabelle-stengers-la-rationalite>

STENGERS, I.; DESPRET, V. & collective. **Women who make a fuss: the unfaithful daughters of Virginia Woolf**. Minneapolis: Univocal Publishing, 2014.

TACCHINO, T. **Des « Cliniques de Concertation » ? C'est à quel Sujet ?** Extrait concertatif n. 11. Namur, 2012. Disponível em

<http://concertation.net/site/ressources/wp-content/uploads/sites/2/2014/03/Extrait-11-Construction-du-sujet-et-ressources-Tina-Tacchino-Namur-2012.pdf>

TEDESCO, S. Estilo-subjetividade : o tema da criação nos estudos da psicologia da linguagem. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n.1, p. 29-38, jan./jun. 2001.

TEDESCO, S.; SADE, C.; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. **Pistas do método da cartografia – a experiência da pesquisa e o plano comum – vol. 2**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2014.

TERRAL, D. Le silence des enfants fous, l'étrange Fernand Deligny et la cartographie des illettrés savants, **Empan** 3(n°55) p. 138-141, 2004. Disponível em : www.cairn.info/revue-empan-2004-3-page-138.htm.

THOMPSON, Evan. Life and Mind: From autopoiesis to neurophenomenology. A tribute to Francisco Varela. **Phenomenology and the Cognitive Sciences** 3: 381-398, 2004.

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

TSALLIS, A. C.; FERREIRA, A. A. L.; MORAES, M. O.; ARENDT, R. J. O que nós psicólogos podemos aprender com a teoria ator-rede? **Interações**. Vol. XII, n. 22, p. 57-86. Jul- Dez, 2006.

TURCOTTE, D; F-DUFOUR, I.; SAINT-JACQUES, M-C. Les apports de la recherche qualitative en évaluation de programmes. In : ALAIN, M. ; DESSUREAULT, D. **Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale**. Québec : Presses de L'Univrsité du Québec, 2009.

VARELA, F. **Autonomie et Connaissance: Essai sur Le Vivant**. Paris: Seuil, 1989.

VARELA, F. Organism: a meshwork of selfless selves. *In*: TAUBER, Alfred I. (ed.) **Organism and the Origins of Self**. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1991.

VARELA, F. **Conhecer: as ciências cognitivas tendências e perspectivas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

VARELA F. **Sobre a competência ética**. Lisboa: Edições 70, 1995.

VARELA, F.; SHEAR, J. First-person Methodologies: What, Why, How? **Journal of Consciousness Studies**, 6, No 2-3, pp.1-14, 1999.

VARELA, F., THOMPSON, E., ; ROSCH, E. **A mente incorporada**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

VARELA, F.; VERMERSCH, P.; DEPRAZ, N. A redução à prova da experiência. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Vol. 58, No 1, 2006.

VAZ, P. Doença mental e consumo nas revistas semanais brasileiras. **Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação. E-compós**. Brasília, v. 15, n. 1, jan./abr. 2012.

VAZ, P.; PORTUGAL, D. B. A nova ‘boa-nova’: marketing de medicamentos e jornalismo científico nas páginas da revista brasileira *Veja*. **Comunicação, Mídia e Consumo**. São Paulo. Ano 9, vol. 9, n. 26, p. 37-60, nov. 2012.

VERMERSCH, P. **L’entretien d’explicitation**. Issy-Les Moulineaux: ESF Editeur, 1994.

WAHL, Jean. **Vers le Concret**. Paris: Vrin, 1932.

WHITEHEAD, A. N. **Modes de pensée : six conférences données à Westley College, Massachussets, et deux conférences à l’Université de Chicago**. Paris: Vrin, 2004.

WOODS, A.; JONES, N.; ALDERSON-DAY, B.; CALLARD, F.; FERNYHOUGH, C. Experiences of hearing voices: analysis of a novel phenomenological survey. **Lancet Psychiatry**, 2: 323-31, 2015.

ZASK, J. Ethiques et politiques de l’interaction. Le self-gouvernement à la lumière du pragmatisme. In : CEFAÏ, D.; JOSEPH, I. (ed). **L’ héritage du Pragmatisme : conflits d’urbanité et épreuves de civisme**. pp. 107- 129. Paris, Édition de l’Aube, 2002.

ZASK, J. **La politique comme expérimentation**. Introduction à la traduction de *Le Public et ses problèmes* de J. Dewey, Farrago, 2003.

ZASK, J. L'enquête sociale comme inter-objectivation. **Raisons Pratiques**, n. 15, ed EHESS, 2004.



São Pedro d'Aldeia, 10 de maio de 2011.

CONVITE

Desde março de 2011 vem sendo realizada no CAPS de São Pedro d'Aldeia uma pesquisa coordenada pela Universidade Federal Fluminense sobre o tema da experiência de uso de medicação psiquiátrica. Para a realização dessa pesquisa, temos feito encontros todas às terças-feiras entre os pesquisadores, técnicos do CAPS e usuários que concordaram em participar da pesquisa. Para nós, é importante contar também com a participação de vocês, familiares. Por esse motivo, queremos convidá-los para estarem conosco, a partir do dia 17 de maio, terça-feira, às 14 horas, quando começaremos a fazer grupos para discutir como os seus familiares estão lidando com a medicação. Contamos com a sua participação!

MODELO do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título _____ do Projeto: _____

Pesquisador _____ Responsável: _____

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: _____

Telefones para contato: (____) _____ - (____) _____ - (____) _____

Nome _____ do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

R.G. Responsável legal: _____

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “_____” (nome do projeto), de responsabilidade do pesquisador _____ (nome).

Especificar, a seguir, cada um dos itens abaixo, em forma de texto contínuo, usando linguagem acessível à compreensão dos interessados, independentemente de seu grau de instrução:

- Justificativas e objetivos
- descrição detalhada dos métodos (no caso de entrevistas, explicitar se serão obtidas cópias gravadas e/ou imagens)
- desconfortos e riscos associados
- benefícios esperados (para o voluntário ou para a comunidade)
- explicar como o voluntário deve proceder para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual
- esclarecer que a participação é *voluntária* e que este consentimento poderá ser retirado a qualquer tempo, sem prejuízos à continuidade do tratamento
- garantir a confidencialidade das informações geradas e a privacidade do sujeito da pesquisa
- explicitar os métodos alternativos para tratamento, quando houver
- esclarecer as formas de minimização dos riscos associados (quando for o caso)
- possibilidade de inclusão em grupo controle ou placebo (quando for o caso)
- nos casos de ensaios clínicos, assegurar - por parte do patrocinador, instituição, pesquisador ou promotor - o acesso ao medicamento em teste, caso se comprove sua superioridade em relação ao tratamento convencional
- valores e formas de ressarcimento de gastos inerentes à participação do voluntário no protocolo de pesquisa (transporte e alimentação), quando for o caso
- formas de indenização (reparação a danos imediatos ou tardios) e o seu responsável, quando for o caso

Eu, _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Ou

Eu, _____, RG nº _____,
 responsável legal por _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal
obter o consentimento

Nome e assinatura do responsável por

Testemunha

Testemunha

Informações relevantes ao pesquisador responsável:

Res. 196/96 – item IV.2: O termo de consentimento livre e esclarecido obedecerá aos seguintes requisitos:

- a) ser elaborado pelo pesquisador responsável, expressando o cumprimento de cada uma das exigências acima;
- b) ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa que referenda a investigação;
- c) ser assinado ou identificado por impressão dactiloscópica, por todos e cada um dos sujeitos da pesquisa ou por seus representantes legais; e
- d) ser elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

Res. 196/96 – item IV.3:

c) nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade, e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Casos especiais de consentimento:

1. Pacientes menores de 16 anos – deverá ser dado por um dos pais ou, na inexistência destes, pelo parente mais próximo ou responsável legal;
2. Paciente maior de 16 e menor de 18 anos – com a assistência de um dos pais ou responsável;
3. Paciente e/ou responsável analfabeto – o presente documento deverá ser lido em voz alta para o paciente e seu responsável na presença de duas testemunhas, que firmarão também o documento;
4. Paciente deficiente mental incapaz de manifestação de vontade – suprimento necessário da manifestação de vontade por seu representante legal.

GRUPO DE FAMILIARES – PESQUISA GAM**GRUPO NARRATIVO – de maio a agosto de 2011**

No primeiro dia de encontro, ouvimos sobre a pesquisa GAM. Entendemos que a pesquisa tem relação com a medicação. No início, apareceram dúvidas acerca de como seria o trabalho com o Guia. Afinal, pra quem se dirigiam as perguntas? Eram para nós ou para nossos familiares? E será que nossos familiares aceitariam ler esse Guia?, a gente se perguntava. Alguns de nós acham que nossos parentes não aceitariam responder ao Guia, não. Outros acham que pode ser interessante e dizem que vão mostrar em casa.

Foi apresentado um documento que é preciso assinar para participar da pesquisa, chama-se termo de consentimento. No início não tínhamos tanta certeza se deveríamos assiná-lo ou não. Hoje alguns de nós já concordaram em assinar, mas outros ainda estão pensando. Nós não sabemos se ficaremos na pesquisa até o fim. A gente quer participar, mas às vezes pode ser preciso faltar para ir ao médico ou resolver algum problema. Combinamos que pesquisa GAM ia acontecer junto com o antigo grupo de familiares do qual já participávamos com a Helena. No início, tivemos dúvidas sobre como seria essa participação e, na ocasião, decidimos dividir uma parte do tempo para cada um dos grupos. Quando não estávamos trabalhando com o Guia, conversamos, muitas vezes, sobre a inauguração da RT. Alguns de nós têm parentes que irão morar na RT: falamos de nossas dúvidas e da expectativa de que indo para essa casa e tendo mais contato com a família, eles tenham uma boa melhora.

Alguns dos nossos parentes aceitam bem o remédio, mas nem sempre é fácil dar medicação para os nossos filhos e irmãos. Nós temos as nossas estratégias para lidar com isso. Uns de nós dissolvem o remédio e o escondem na comida, pois acham que é melhor não enfrentar muito nossos parentes, não. Outros entendem que é preciso enfrentar mais diretamente, tem que ser firme. Alguns colocam os comprimidos em lugar visível e os parentes tomam sozinhos. A gente toma um monte de remédio: pra hipertensão, diabetes, dor de cabeça... por que nossos parentes não aceitam tomar o deles também? Pra dor de cabeça e outras coisas eles até tomam, mas falou em remédio de doença mental... Aí eles

dizem: eu não sou maluco, maluco é você! Há épocas em que nossos familiares protestam mais para tomar o remédio; em outras, eles tomam, às vezes até demais, a gente precisa até esconder. Quando nós lembramos aos nossos parentes do tempo em que eles ficaram internados, eles aceitam tomar o remédio.

Às vezes nossos parentes têm comportamentos estranhos... Falam sozinhos, saem caminhando sem rumo, ficam muito calados, vestem roupas esquisitas. O médico disse que a gente deve procurar trazê-los para perto, chamá-los para fazer alguma coisa. A gente concorda com isso, não é bom deixá-los muito soltos, tem que chamar pra junto.

A gente entende que autonomia significa fazer coisas sozinho, por conta própria. A gente quer que nossos filhos e irmãos façam coisas sozinhos, mas a gente também fica preocupado. A gente toma cuidado, fica com medo, preocupado deles escapulirem e a gente não conseguir trazer de volta. Os efeitos dos remédios também nos preocupam, a gente acha que eles podem ficar desligados, com sono ou ter um branco, e então ter problemas se estiverem sozinhos na rua. Mas quando eles fazem coisas sozinhos e combinam antes, a gente fica mais tranquilo.

A gente sabe que fazer coisas sozinho nem sempre é fácil, pois a gente vê que foi difícil também pra gente lidar sozinho com o problema dos nossos parentes. Cada paciente nosso é de um jeito, as reações são completamente diferentes, então tomar decisões sozinho é muito difícil. Em muitos casos, a gente lida com eles desde que nasceram, mas até hoje fica uma dúvida do que falar. Cada um de nossos parentes tem um problema diferente e reage diferentemente à medicação. Alguns de nós procuraram se informar sobre a doença e estudaram a respeito, mas todos nós aprendemos muito mesmo foi no dia-a-dia, vivendo com eles a gente aprendeu qual o melhor jeito de lidar.

A gente acha que o Guia pode ajudar a entender melhor quais são os efeitos da medicação, mas a gente já sabe um monte de coisas sobre esses efeitos porque acompanhamos de perto pessoas que usam remédios psiquiátricos. Mas nem tudo o remédio resolve, tem coisas que dependendo da conversa a gente consegue resolver e até ajuda o remédio a fazer efeito. Às vezes, achamos que

alguns comportamentos que notamos em nossos familiares, como comer muito e engordar, podem ser efeitos dos remédios que eles tomam. Mas a gente sente que também come mais quando fica ansioso, então nem sempre temos certeza se isso é provocado pelo remédio ou não.

Não concordamos entre nós sobre os efeitos da medicação. Uns de nós dizem que percebem que nossos parentes melhoraram depois de começar a tomar os remédios. Outros dizem que não perceberam diferença nenhuma. Nossos próprios parentes mudam de opinião a respeito. Às vezes eles dizem pra gente que com o remédio melhora, às vezes eles dizem que faz mal.

Se nossos parentes fossem se apresentar a alguém, provavelmente não falariam de seus defeitos, mas se a gente fosse falar deles para os outros não ia ficar falando dos defeitos também.

Nem todo mundo do grupo conhece o diagnóstico dado aos nossos familiares. Às vezes é difícil entender o que está escrito nos laudos. Ficam algumas dúvidas que nem sempre a gente consegue conversar com o médico ou com alguém da equipe. Alguns até sentem vontade de saber mais sobre essas dúvidas, mas nunca perguntaram. Mas é preciso que nos expliquem os diagnósticos em termos leigos, porque nem sempre a gente entende o que as palavras usadas nos diagnósticos querem dizer.

Uma das frases do Guia sobre a qual conversamos foi “Eu sou uma pessoa, não sou uma doença” (página 14). Tivemos opiniões diferentes sobre essa frase. Uns entenderam que ela dizia sobre o fato de a pessoa ser doente, mas dizer que não é, pois muitos de nossos parentes costumam dizer que não são loucos ou então não percebem que estão doentes. Outros entenderam que essa frase falava de quando nossos parentes ficam magoados com os comentários de certas pessoas, pois uma coisa é nosso familiar saber da doença dele, outra é ser agredido por causa da doença

Alguns de nós contaram experiências de quando seus familiares foram internados. Foram momentos difíceis, tanto para nós, quanto para nossos familiares. As internações costumavam acontecer nos momentos em que nossos

familiares se tornavam mais agressivos. Em alguns casos, eles voltaram melhor, mas nos disseram que foi difícil e que não gostariam de voltar a ser internados

Alguns de nós participaram das reuniões da Associação de Usuários e Familiares que está surgindo no Município, e conversamos sobre isso nos nossos encontros. Alguns de nós acharam interessante ir até lá, outros ainda não foram a nenhuma reunião.

Nem sempre foi fácil para nós, durante as nossas reuniões, identificarmos aquilo que nossos familiares mais gostam de fazer. Lembramos, depois de alguma conversa, de que eles gostam de passear, outros gostam de andar, outros, de ver televisão, e outros, ainda, de ler e ver revistas. Soubemos identificar mais rápido aquilo que nossos familiares gostariam de mudar no dia-a-dia deles: eles gostariam de trabalhar. Hoje em dia eles não trabalham mais, por vários motivos: têm dificuldade para se concentrar, cumprir horários, às vezes estão desanimados e não têm muita resistência para agüentar o trabalho. Além disso, nem sempre são aceitos nos empregos. A própria sociedade é contra a gente encaminhar alguém assim para trabalhar.

Quando conversamos sobre isso, lembramos também que nós próprios gostaríamos de fazer algumas coisas que não fazemos, e que podemos nos sentir tristes diante dessas impossibilidades..Achamos que pode ser a mesma coisa com nossos usuários também, deve passar na cabeça deles alguma coisa que eles gostariam de fazer e agora não podem. E não podem por quê? Eles mesmos não sabem responder.

Conversamos, também, sobre a vida social dos nossos familiares. Também não foi fácil identificar quem faz parte dessa vida social. De início, achamos que atualmente nossos familiares se sentem sozinhos. Fomos lembrando que, antigamente, eles conviviam com mais pessoas: alguns de nossos familiares já frequentaram igrejas, outros tinham colegas no futebol... Depois de alguma conversa, lembramos de algumas pessoas com que eles contam, como vizinhos. Muitas vezes, os vizinhos são um grande apoio também para nós.

**Carta-convite para o Grupo de Familiares
(CAPS Casarão da Saúde – São Pedro da Aldeia)**

Vimos por meio dessa carta convidar você, familiar do usuário do CAPS Casarão da Saúde, de São Pedro da Aldeia, a participar das reuniões do Grupo de Familiares do CAPS.

Toda terça, às 13hs, nos encontramos para:

- Ter mais informação
- Unir mais as famílias e os usuários
- Ter um espaço para falar da rede de saúde, dos serviços de saúde mental e das dificuldades e experiências com essa rede e com o tratamento
- Acompanhar as diferenças entre as experiências de cada família e poder trocar e compartilhar essas diferentes vivências

Gostaríamos de ouvir sua opinião para a melhoria do serviço e do funcionamento da nossa reunião.

Esteja conosco no dia 19/06/12! Faremos um grande café e sorteio de brindes.

A união faz a força!

Ass: Participantes do Grupo de Familiares do CAPS

Extrato da memória do dia 03/07/12: as teorias etiológicas no grupo

O trecho entre colchetes resume questões importantes da memória desse dia; em itálico está a transcrição da memória:

[O grupo discutia a pergunta do Guia “**Como você descreveria a experiência diária de tomar remédios?**”. Ao longo da conversa, Onedina contou que sua filha aprendera, com o passar do tempo, a cuidar sozinha de sua própria medicação. Nesta época ela realizava, também por conta própria, muitas tarefas em casa. Tratava-se de um relato rico em sentidos: ao mesmo tempo em que Onedina podia se orgulhar da autonomia adquirida pela filha, ela, ao mesmo tempo, se preocupava: ficava mais difícil acompanhar a filha e tomar conta dela. A autonomia de sua filha tinha uma face angustiante. Onedina contou que, quando ela saía sozinha, ficava sempre muito preocupada, mas não podia impedi-la - “boto na mão de Deus”, ela disse. Onedina contou algo que me impressionou muito: sempre que a filha saía de casa, ela procurava prestar atenção na roupa que ela vestia, caso fosse preciso descrevê-la mais tarde. Ao contar isso, Onedina lembrou situações de crise vividas por sua filha no passado. Edméia, que nessa época estava muito inquieta quanto à saúde de seu filho, passou a interferir mais no relato da mãe e a ajudou a contar ao grupo a difícil experiência de quando precisaram chamar os bombeiros para ajudar a lidar com a crise de sua irmã. Os relatos vão e vêm, em muitas direções: ora lembram as dificuldades dos períodos de crise de vividos por sua filha e irmã, ora lembram com orgulho suas conquistas de autonomia, ora aparecem também a preocupação e a apreensão por essa autonomia adquirida].

Enquanto Onedina conta que sua filha hoje em dia toma banho sozinha, Edméia fala com grande espanto e tristeza: é um troço esquisito, o da minha irmã! “Eu acho uma doença estranha, uma coisa esquisita, sabe como?” “É esquisita essa doença, parece uma coisa!” É uma fala bem intensa. Onedina a interrompe, dizendo que se espelha nos outros, vendo que há casos bem piores que o dela. Digo a Onedina que ela nos relatou hoje muitos avanços no tratamento de sua filha, mesmo tendo passado por situações difíceis. Onedina concorda e começa a falar algo sobre quando sua filha foi internada no hospital. No entanto, Edméia a interrompe e diz: “mamãe, eu estou falando no início, no começo da doença”. Onedina pensa que Edméia está corrigindo-a a respeito da minha pergunta, como se eu quisesse saber do começo. Onedina dirige-se a mim para me responder, e Edméia a corrige novamente, dizendo que não era eu quem

estava falando disso, mas ela: era Edméia quem queria saber como tinha começado. Onedina responde que, um dia, ela foi para o serviço e depois não sabia mais voltar para casa. Eu pergunto a Edméia por que ela está perguntando a respeito desse começo e Edméia me responde que, antigamente, sua irmã era uma pessoa “normal”. Edméia diz que sua irmã teve uma decepção amorosa e que, então, tudo começou. Ela diz que sua irmã não era uma pessoa que “ficou assim do nada”. Ela diz que a causa foi a decepção, assim como ela teme ser o caso de seu filho. Segundo ela, ele também tem passado por dificuldades parecidas. Ela não acha que eles tenham nascido assim.

Eu pergunto o que o grupo acha a respeito desse assunto. Leonor diz discordar dessa conclusão, porque “é algo que a pessoa já traz com ela e que em alguns aparece mais cedo, em outros mais tarde”. Cremilda, por sua vez, discorda de Leonor e diz que vai citar o caso de um usuário do CAPS. Referindo-se a esse usuário, ela diz que ele foi um menino bem criado e que nunca bebeu e nunca usou drogas e que, depois dos vinte e poucos anos, “ficou esquizofrênico”. Começou a caminhar, falar sozinho. Cremilda diz não acreditar que seja “algo da casa dele”, por isso ela acha que “tem que acontecer aquilo”. Onedina diz que sua filha, desde pequenininha, gostava de ficar destacada, sozinha e acha que ela mesma, Onedina, é quem não notava isso. Onedina diz que durante a gravidez, ela tomou um choque muito grande, porque perdeu o marido atropelado. Onedina atribui os problemas de sua filha ao seu próprio estado emocional durante a gravidez.

[Nesse momento, há uma breve interrupção no encontro, pois um trabalhador entrou na sala para nos fazer uma pergunta] *Eu procuro retomar a conversa, dizendo que Onedina e Edméia estavam se perguntando pelas causas dos problemas dos seus parentes e pergunto se o grupo já pensou sobre isso. Observo que as experiências vivenciadas junto aos seus parentes podiam trazer estranhamento, como Edméia havia dito. Eu achava que isso tinha a ver com essa pergunta acerca das causas. O grupo estava meio em silêncio, me olhando. Eu observei que cada um ali tinha uma experiência parecida por um lado e diferente, por outro. Dirigindo-me a Onedina, disse que nem todos ali, por exemplo, tinham tido experiências como as dela durante a gravidez.*

Onedina conta então que, quando sua filha era pequena, subiu num morrinho que tinha atrás da casa e o sol estava muito quente. Onedina foi atrás dela e viu que ela estava chorando muito. Pôs a mão em sua cabeça e disse com espanto que “achou que sua cabeça estava rachando e pensou: Meu Deus, o que é isso?!”. Disse que sua filha

sempre foi reservada, apesar de brincar com as outras crianças. Onedina acha que ela “já vinha assim” e que ela é que não notava.

É um relato muito intenso. Digo que essas experiências estranhas das quais estávamos falando pareciam fazer com que a gente quisesse buscar explicações e digo que várias explicações diferentes tinham surgido no grupo hoje, citando-as. Pergunto como podemos lidar com essas experiências estranhas, apesar dessas diferentes explicações.

Cremilda diz que não acredita que seja uma questão de destino e relembra a situação do usuário do CAPS do qual falara há pouco. Diz que, tendo-o observado na escola, foi ela mesma quem avisou à família desse usuário de que “ele estava com algum probleminha”, mas que a família dele não aceitava. Cremilda diz que até hoje a família dele não aceita. Cremilda dirige-se, então, a Edméia, falando que o que está querendo dizer para ela é que é uma questão a ser vista caso a caso. Dá o exemplo de sua própria filha, que também ficou mal depois de uma decepção amorosa. Cremilda diz que pode ser isso, embora o médico tenha dito que não. Segundo ela, o médico lhe disse que sua filha já possuía algum transtorno e que a decepção foi apenas um desencadeador. Ela diz que o médico afirmou que todos nós temos um pequeno transtorno (e diz “não sei você, como psicóloga...”, pedindo minha confirmação). Cremilda diz que desde quando a filha era pequena, ela levava no psicólogo, porque ela se separou cedo do pai de seus filhos e “isso mexe, né, gente?”. No entanto, diz que já superou esses problemas e que hoje em dia segue com a vida, fazendo suas coisas.

Eu afirmo que Cremilda estava nos contando um modo de lidar com as experiências difíceis. Cremilda reitera que não acredita que se trata de destino e Edméia fala, como que pensando em voz alta: “tem muita gente assim, né...” Eu aproveito para lembrar a reunião multicêntrica e confirmo que há muita gente passando por experiências parecidas com as que elas estão relatando. Leonor concorda, dizendo que isso acontece no mundo inteiro. Cremilda cita várias clínicas no Rio, para tratamento psiquiátrico, para confirmar o fato de que há muita gente com experiências semelhantes. Momentaneamente, fica um silêncio no grupo e Edméia fala: eu não aceito isso, não!

Edméia diz que “Deus sofreu tanto para que a gente não sofresse e não passasse por essas coisas. Então para que a gente sofrer desse jeito? Eu não aceito isso, não!”. Algumas pessoas, como Leonor e Cremilda, tentam retrucar, mas Edméia não deixa, reafirmando que não aceita isso. Eu digo que Edméia tem razão quando diz

que eram experiências de grande sofrimento, mas que estávamos vendo que havia muitas maneiras de lidar com essas experiências. Digo que é importante poder olhar para as experiências de outras pessoas e ver como elas faziam. [Neste momento, faço referência a uma situação que Edméia havia compartilhado conosco]; afirmo que essa situação era de fato uma experiência difícil e que outras pessoas, pensando nessa dificuldade, criaram o Guia que estávamos lendo. Menciono também a multicêntrica como uma oportunidade de conhecer outros modos de lidar com as dificuldades. Cremilda parece concordar com o que eu digo e afirma para Edméia que ela não pode ficar só focada nos problemas de seus familiares, que se ela “for ali à frente, vai ver que, poxa, não sou só eu que estou nessa situação!”.

Onedina também concorda e fala que sempre diz isso a Edméia. Maria também concorda e diz que isso é muito importante. Surgem outras falas, lembrando a situação de outras pessoas (Leonor cita uma senhora mãe de gêmeos que frequentava o grupo antigamente, alguém lembra Marli, “que está sempre com um sorriso”). Essas falas aos poucos vão se tornando lembranças a respeito de pessoas em situações de muita dificuldade. Eu observo que elas também relataram experiências em que as pessoas criaram estratégias interessantes para lidar com os problemas. Cremilda relembra mais uma vez o caso de seu irmão e da grande ajuda que receberam do médico. Contou novamente episódios de crise do irmão e dirige-se a Edméia, dizendo: “você diz que não dá apara aceitar; não, minha filha! Dá para aceitar, sim!”.

Esse extrato (semelhante a várias outras conversas que aconteceram durante o GIF) traz elementos para compreender como os familiares viviam o problema da definição da etiologia dos fenômenos vividos pelos usuários. Eram bastante frequentes as sensações de ser de algum modo responsável pelas dificuldades atuais (que eram diferentes da responsabilidade pelo cuidado, que também assumiam). Cada uma das participantes do grupo expressava, à sua maneira, uma inquietação que reproduz, em alguma medida, a preocupação de grande parte do campo da saúde mental: a busca por uma causa. A determinação da etiologia dos ditos transtornos mentais mobiliza, atualmente, grande parte dos esforços e recursos dos pesquisadores. Daí a importância da discussão acerca do posicionamento da pesquisa-intervenção da GAM-BR diante desse problema.