

Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador-Nativo” no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”¹

*Martinho Braga
Batista e Silva*

*(PPGAS-Museu
Nacional)*

INTRODUÇÃO

A partir das considerações de P. Bourdieu sobre a reflexividade reflexa e a objetivação participante, assim como daquelas de R. Lourau sobre a análise das implicações, procuro explicitar e estudar a posição assumida por um psicólogo ao investigar uma equipe de saúde mental, no sentido de produzir conhecimento sobre a atividade de pesquisa em situações nas quais o pesquisador, da mesma forma que eu, também é um nativo.

Participo do movimento pela reforma psiquiátrica no país, consolidado em uma política pública de saúde mental cujo projeto tem como norte a manutenção de egressos de internação psiquiátrica em “comunidade”, ou seja, fora dos hospícios. Hoje existem aproximadamente 40 mil pessoas internadas em hospitais psiquiátricos no Brasil, tendo sido implantados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em todo o território nacional para favorecer o processo de desospitalização desses indivíduos.

Sou psicólogo em um dos mais de mil CAPS no país, serviços extra-hospitalares cuja função é a “reinserção social” de portadores de transtorno mental. Realizei uma pesquisa sobre os técnicos e as tecnologias de cuidado – e controle – ditas “psicossociais”, no contexto de uma dissertação de mestrado em saúde coletiva (Silva 2004), junto aos profissionais de um desses CAPS, enquanto atuava como psicólogo em outro, no mesmo município. A dupla pertença (Martins de Oliveira 2006:2) – conjugação do lugar de pesquisador e de nativo (Bourdieu 1997:698), ou qualquer outra forma como se possa chamar tal situação – é a questão deste texto. *Quais são os limites e as possibilidades de pesquisar aquilo em que se está profissional, emocional e existencialmente implicado?* – como é o meu caso, psicólogo, militante do movimento pela reforma psiquiátrica e pesquisador do campo da saúde mental.

A questão mantém continuidades e descontinuidades no que diz respeito ao debate sobre ética em pesquisa e trabalho de campo no contexto da antropologia. Como uma coletânea de artigos sobre este assunto permite notar (Victora *et alii* 2004), alguns pesquisadores têm desenvolvido abordagens para lidar com o dilema

de atuarem em defesa dos direitos humanos de uma dada população, ao mesmo tempo em que conduzem um estudo voltado para a produção de conhecimento sobre ela. Este é o caso de R. Cardoso de Oliveira (2004) no que tange aos povos indígenas. O autor sugere uma abordagem para o “etnólogo-indigenista” enfrentar tais dilemas éticos, tendo em vista seu passado como “funcionário do SPI (Serviço de Proteção ao Índio)”, cujo “habitus profissional” estimula uma “disposição participativa na vida local”: a mediação entre culturas, no sentido de favorecer o diálogo e a negociação entre lógicas de pensamento distintas no contato interétnico. Cardoso de Oliveira defende a possibilidade de alguma “função terapêutica” (Cardoso de Oliveira 2004:30) no decorrer desse tipo de atividade, assim como a necessidade de não dissociar pesquisa e militância².

Por outro lado, diferentes autores apontam novos caminhos para lidar com tais deslizes entre neutralidade, relativismo e compromisso político, como é o caso de L. R. Cardoso de Oliveira (2004) e Debert (2004). O primeiro nos fala de situações em que o pesquisador assume outras identidades ao longo do trabalho de campo: ora opta por assim o fazer (como em uma pesquisa na qual o antropólogo também ocupa o lugar de conselheiro leigo para pequenas causas em um Juizado, visando à ampliação da sua perspectiva sobre este ofício); ora é convocado pelos nativos para assumir papel diverso (caso de uma antropóloga que, para pesquisar sobre feitiçaria, aceitou o lugar de “desenfeitiçadora de encantos” que os moradores locais lhe atribuíram). Além disso, o autor critica o que designa de “antropologia militante” ou “engajada” (Cardoso de Oliveira 2004:41-42), pelo fato de muitas vezes revelar uma parcialidade excessiva como contraponto à neutralidade, podendo incorrer em uma seleção dos dados a serem apresentados em função de posicionamentos políticos. Cardoso de Oliveira propõe como alternativa a imparcialidade, por exemplo, na formulação dos laudos periciais.

A segunda autora, Debert, chama a atenção para as situações em que os grupos pesquisados não estão necessariamente em posição de desigualdade em relação ao pesquisador, como foi o seu estudo junto aos gerontólogos, especialistas da terceira idade (Debert 2004:49). Nesse âmbito, as recomendações no sentido de explicitar “com clareza” o projeto de pesquisa para obter o consentimento informado poderiam inviabilizar a pesquisa, na medida em que certos funcionários de órgãos governamentais, por exemplo, gozam de prestígio e *status* social reconhecido e fazem parte de corporações com força suficiente não só para imporem suas técnicas de dominação sobre a população, mas também para se manterem impermeáveis a quaisquer estudos sobre eles (Debert 2004:50)³.

Durante aproximadamente seis meses, entre os anos de 2003 e 2004, conduzi entrevistas junto aos profissionais do CAPS investigado, li prontuários escritos por eles e observei suas reuniões semanais de equipe. Na mesma época, eu trabalhava em outro CAPS e vivia o dilema ético de investigar o meu próprio ofício, pondo entre parênteses minha adesão à militância antimanicomial e experimentando a angústia de escrever sobre meus próprios “colegas de trabalho”⁴. Notei com certa freqüência, nas entrevistas com os profissionais, uma reiteração de expressões presentes em documentos governamentais, como “o usuário ganhou autonomia nesse processo...”, e também a descrição das práticas ditas “psicossociais” não por meio de narrativas de atendimento, mas de “palavras de ordem” utilizadas em outro contexto, em que partir em defesa do movimento pela reforma psiquiátrica é comum (quando a reforma é confrontada por “opositores”, como é o caso de parte da corporação psiquiátrica).

Pude igualmente perceber as minhas dificuldades em delimitar categorias “nativas”, de um lado, e “de análise”, do outro – tanto eu como os “nativos” usávamos palavras de ordem que também são conceitos teóricos, embora tais categorias operassem em contextos enunciativos diferentes: a militância política e a produção de conhecimento. Assim, utilizava-se o conceito de “rede” para se referir a redes de suporte social ao paciente fora do hospício (“esse paciente não tem rede...” ou “o serviço não tem rede”), ou o de “implicação” para se referir à atividade de convocar um familiar ou vizinho para participar do tratamento do usuário (“implicar a família”). Enfim, percebi minha dificuldade de decantar uma demanda de teor fiscalizador por parte de atores e instâncias sociais ligados ao governo, que implicitamente me solicitavam uma apreciação da qualidade do registro em prontuários de pacientes psiquiátricos.

Desta maneira, o estudo que conduzi em um serviço de saúde mental carioca teve como alvo justamente os especialistas, os profissionais do “campo da saúde mental”. Não escolhi nem fui levado a assumir a posição de psicólogo de CAPS para conduzir a pesquisa, pois já trazia comigo esta identidade, e não deixei de me apresentar como tal para meus “colegas de trabalho”. Da mesma forma que no caso do “etnólogo-indigenista”, também me vi em meio a questões relativas à militância, mas procurei evitar a seleção de informações em que essa posição engajada costuma incorrer, embora tenha buscado intervir, quando julguei necessário, no que dizia respeito à proteção dos direitos humanos dessa população.

Além disso, como Goffman (1961), não me inseri nessa instituição identificando-me para os seus administradores como “louco”, mas sim como pesquisador, obtendo autorização para a realização da pesquisa. Diferentemente deste autor, não me dediquei ao entendimento das interações entre técnicos e pacientes no CAPS, como ele fez no interior do hospício; focalizei meus estudos nas tecnologias de cuidado desenvolvidas, pertencendo ao mesmo “campo de experts” (Debert 2004) e explicitando esta posição para os profissionais da instituição, por razões que serão expostas mais adiante.

Os instrumentos utilizados para realizar este exercício analítico remetem às contribuições de dois autores: P. Bourdieu e R. Lourau. O primeiro aponta duas ferramentas com as quais certo entendimento do trabalho de campo pode se tornar possível: a objetivação participante do pesquisador – fundamental para acompanhar o processo de formulação do projeto de pesquisa que deu origem à pesquisa de campo – e a reflexividade reflexa na condução das entrevistas, crucial para se notarem as potencialidades e as limitações do material coletado durante uma conversa “entre pares”. O segundo indica mais uma ferramenta, que permite analisar a relação entre pesquisador e atores e as instâncias sociais envolvidas na pesquisa: o estudo das implicações do pesquisador, por meio do qual os seus pertencimentos institucionais podem ajudar a compreender, por exemplo, a sua resposta à demanda de intervenção junto ao estabelecimento estudado. O conjunto dessas contribuições teóricas é um convite para se retomar o itinerário de contatos, interações e decisões que favoreceram tal ou qual escolha metodológica e a forma de apresentação dos resultados da pesquisa.

As cenas a serem descritas e analisadas dizem respeito à interação do pesquisador com diferentes atores sociais, todos referidos ao campo da saúde mental: gestores da prefeitura municipal, pesquisadores de universidades públicas, assessores e supervisores contratados por organizações não-governamentais (ONGs) e profissionais de serviços públicos de saúde. Vale destacar, desde já, que o intuito de apresentar tais episódios

se coaduna com as recomendações de P. Bourdieu (2003) sobre a objetivação participante: não se trata de expor confissões íntimas, mas de objetivar-me enquanto pesquisador durante o exercício de objetivação implícito na produção de conhecimento. Mais do que isso, trata-se muitas vezes de apreender o modo pelo qual os “nativos” objetivam pesquisa e pesquisador.

A POSIÇÃO DO “PESQUISADOR-NATIVO” EM QUESTÃO: A FABRICAÇÃO DE UM PROJETO DE PESQUISA

“A objetivação participante se dá como objeto a ser explorado, não a ‘experiência vivida’ do sujeito do conhecimento, mas as condições sociais de possibilidade (seus efeitos e limites) desta experiência e, mais precisamente, o ato de objetivação” (Bourdieu 2003:44).

Até chegar à afirmação do programa de uma antropologia cognitiva reflexiva (Bourdieu 2003:48), tendo como base a idéia de que a objetivação do sujeito da objetivação permite submeter a uma vigilância crítica os instantes e os “primeiros movimentos” do pensamento, através dos quais o impensado, associado a uma época, a um estado do campo antropológico, pode passar como contrabando no interior do trabalho do pensamento (:49), Bourdieu vai construindo a objetivação participante como método que se distancia tanto da observação participante quanto da reflexividade pós-moderna, remetendo à busca do inconsciente histórico (ou transcendental acadêmico) que o pesquisador traz com ele em seu trabalho de objetivação científica. A objetivação participante seria a objetivação do sujeito da objetivação, ou seja, o pesquisador ele mesmo (Bourdieu 2003:43), pois em sua prática científica ele é guiado por pré-noções cujas condições sociais de produção não podem ser ignoradas, assim como as condições sociais do pesquisador enquanto agente social que as utiliza (Bourdieu 2003:44).

O objeto da objetivação participante, desta maneira, é o mundo social que fez o antropólogo e a antropologia conscientes ou inconscientes em relação àquilo que ele atualiza em sua prática antropológica, não somente seu meio de origem, mas também, e sobretudo, sua posição particular no microcosmo dos antropólogos (Bourdieu 2003:44-45). É nessa medida que podemos pensar um dos aspectos da objetivação como modo de construção do objeto, já que objetos de estudo, métodos e teorias adotadas pelos pesquisadores teriam relação estreita com esse conjunto de estruturas cognitivas que são atribuíveis a experiências propriamente escolares (o transcendental acadêmico), às tradições acadêmicas nacionais. Ou seja, rompendo com a representação do intelectual como alguém desgarrado do meio social, com a propensão que ele tem de se pensar livre de toda a determinação social, Bourdieu parece enfatizar a interdependência dos indivíduos no mundo social, tornando as escolhas dos objetos de pesquisa, supostamente idiosincráticas, em algo referente a “propriedades simplesmente sociais, tristemente impessoais” (Bourdieu 2003:46).

Ao levar em conta essas considerações de Bourdieu, pretendo explicitar neste texto a própria fabricação do projeto de pesquisa, permitindo assim a percepção desses “primeiros movimentos do pensamento” de que fala o autor, assim como exercitar a objetivação participante.

A decisão de realizar um trabalho de campo não foi óbvia para um psicólogo. No contexto de um mestrado em saúde coletiva, tinha a pretensão de fazer uma pesquisa sobre o “cotidiano” (essa palavra mágica que diz tudo e nada ao mesmo tempo) de um serviço de saúde mental com a orientação de um antropólogo, por conta de uma percepção difusa do dia-a-dia de trabalho que apontava para contribuições da antropologia social. Entre elas, a de que o profissional, no chamado “acolhimento” – atendimento aos portadores de transtorno mental em momentos de sofrimento intenso e mesmo de risco contra a própria vida e a de outrem (as chamadas “crises”) –, contava muito mais com elementos (designados à época por mim de “socioculturais”) como “o afeto e a cordialidade próprios da cultura brasileira” do que com recursos técnicos ligados aos saberes “psi”, como a transferência e o suporte emocional. O que poderia ter se tornado uma aplicação “selvagem” da obra de Sérgio Buarque de Hollanda ou de Roberto DaMatta no campo da saúde mental teve outro destino, à medida que eu entrava em contato com leituras que me permitiam desnaturalizar a “nação brasileira” e me afastavam da metodologia que havia me aproximado bastante do paradigma biomédico em busca das “causas” e das “etiologias”, agora de ordem “sociocultural”.

Eu notara há tempos a necessidade de desnaturalização de concepções arraigadas no campo da saúde mental ao fazer contato com a obra de Foucault (1978), na qual o autor apresenta a construção histórica do fenômeno da loucura como doença mental, e com a de Duarte (1986), em que a idéia de perturbação físico-moral indica uma aproximação menos biomédica em relação ao fenômeno do sofrimento humano. Entretanto, esses alertas epistemológicos não foram suficientes para que eu formulasse um projeto de pesquisa com uma lógica menos reducionista.

Além desse viés inicial do projeto de pesquisa do mestrado, também contribuíram para a minha aproximação com o campo da antropologia certas reflexões a respeito do que seria o método etnográfico. Notava o quanto se utilizam “palavras de ordem” e lemas variados para falar do próprio trabalho no campo da saúde mental, tais como “cuidar sem excluir”, “trancar não é tratar”, “aumentar a autonomia do usuário”, “co-responsabilizar a família”, além de uma infinidade de termos e expressões que compõem o vocabulário e a gramática “reformista”. Percebi, com base em considerações de Leal (1999), o quanto é comum produzirem-se mais “prescrições” que “descrições” nesse campo, lançando-se mão do conjunto de palavras de ordem como maneira de narrar episódios do dia-a-dia dos serviços. Estava certo de que não gostaria de reproduzir essa lógica – poucos dados e muitas recomendações – em minha dissertação de mestrado.

Através da leitura de alguns estudos mais descritivos do campo da saúde mental, notei que a perspectiva apontada acima não necessariamente garantiria uma reflexão crítica sobre a prática assistencial, pois ela pode estar muito mais a serviço da demonstração e da ilustração de uma proposta terapêutica (abordagem clínica normalmente adotada pelo pesquisador). Assim, muitas vezes, outros “pesquisadores-nativos”, como eu, conduziram a pesquisa da seguinte forma: investigaram um serviço ou foram protagonistas de uma iniciativa “reformista” em que descreveram, selecionaram, organizaram e analisaram dados que cada um de nós contribuiu para produzir, como prontuários clínicos e atas de reuniões de equipe. Dessa maneira, não é incomum nesse campo ser encontrado um pesquisador de si mesmo, comprometido politicamente com a implantação de uma política pública ou de uma abordagem clínica dita “inovadora”. O resultado desse esforço costuma ser uma afirmação

da postura profissional – “quais foram os efeitos do que realizei”, “que consequências meus atos produziram” – da mesma forma como acontece na atividade clínica. Não é tão freqüente colocar em questão tais efeitos, seja comparando, contextualizando ou historiando esses conteúdos.

Desse modo, ao longo do mestrado em saúde coletiva, fui me apropriando de uma bibliografia das ciências sociais, o que me permitiu realizar uma etnografia “estranhando o familiar”, mas considerando a todo o momento o fato de eu ser também profissional pertencente a um CAPS e, portanto, comprometido com a efetivação das políticas públicas de saúde mental, ou seja, vivendo as mesmas dificuldades apontadas acima.

Foi em meio a essa atmosfera que dei início à pesquisa, justamente sobre uma dimensão pouco “terapêutica” do atendimento em saúde mental (grosso modo, uma perspectiva de diminuição do sofrimento psíquico e estabilização de sintomas, através da qual estava acostumado a perceber a minha atividade como psicólogo no CAPS), designada por Castel (1978, 1986) de “administrativa”. Por meio dessa ótica, a atenção psicossocial se aproximaria de uma gestão de populações, no sentido de sedentarizá-las e fixá-las a um dado território através do desenvolvimento de técnicos e de tecnologias de regulação social; entre estes, outros especialistas nos CAPS – os chamados “técnicos de referência” – e variados modos de cuidado e controle, como a “mediação de trocas sociais” que, de certo modo, distinguia-se daquelas vigentes, além de médicos e suas prescrições de fármacos e encaminhamentos para internação⁵.

Tendo em vista esta perspectiva, preparei um projeto para apresentar à coordenação municipal de saúde mental, de modo a obter autorização para realizar a pesquisa com profissionais em um CAPS, formatado da seguinte maneira: investigar de que maneira o CAPS tem assumido a responsabilidade pelo atendimento em saúde mental de uma dada população, conforme diretriz governamental que determina caber a esses serviços o encargo sobre as demandas em saúde mental de uma dada população pertencente a uma área geográfica. A questão, estratégica no contexto do projeto, era de que maneira acontecem a negociação, a delegação e a divisão de encargos no cuidado em saúde mental entre os profissionais e aqueles que cercam os usuários (familiares e vizinhos, por exemplo).

Elaborei um roteiro de entrevista semi-estruturada para os profissionais (ver anexo em Silva 2004) e tinha também como pretensão investigar os prontuários dos usuários que, citados nas entrevistas, fossem exemplares quanto às negociações de encargos entre os atores sociais voltados para o cuidado com os pacientes. Procurava com isso colher dados sobre a relação entre profissionais, familiares e usuários no que tange à divisão de tarefas na assistência, do ponto de vista da fala e da escrita dos profissionais; por exemplo, quando de uma internação, uma festa no serviço, uma visita domiciliar ou uma consulta. Mas este plano não vingou.

O “PSICÓLOGO-ETNÓGRAFO” EM AÇÃO: A CONDUÇÃO DAS INTERAÇÕES SOCIAIS AO LONGO DO TRABALHO DE CAMPO

“O conceito de implicação também deve muito às pesquisas da tendência psicanalítica. Ele requer a análise do saber conscientemente dissimulado e do não-saber inconsciente próprio de nossas relações com a instituição. O fato de que este problema tenha sido inicialmente abordado pelos psicanalistas e psiquiatras, que lidavam com doentes mentais definidos pelo relaxamento ou pela ruptura dos vínculos com as instituições, é bastante

característico. Sob a forma da transferência e da contratransferência institucionais, inicialmente a implicação obrigou o terapeuta a se situar em relação a todas as determinações da instituição, entendida como o hospital psiquiátrico. Em seguida, a implicação veio a designar também todas as determinações transversais ao estabelecimento onde tem lugar a análise institucional – determinações em grande parte exteriores, estabelecidas para além do campo de intervenção, mas nunca exteriores à instituição, no novo sentido do termo” (Lourau 2004:133).

Segundo Lourau (2004:56), “[...] se avaliará a implicação institucional do indivíduo (grupo, organização...) como a soma de pertencimentos (subjetivos e objetivos) e referências na qual se inscreve”, de modo que para lidar com os deslizamentos entre neutralidade, relativismo e militância, já apontados na introdução deste texto, faz-se necessário um olhar sobre o próprio pesquisador e o conjunto de suas lealdades e pertencimentos. Além disso, de acordo com o mesmo autor, “O importante para o investigador não é, essencialmente, o objeto que “ele mesmo se dá” [...], mas sim tudo o que lhe é dado por sua posição nas relações sociais, na rede institucional” (2004:85), ou seja, as referências institucionais do pesquisador têm consequências no modo com o qual ele conduz a pesquisa, muitas vezes mais do que a configuração, por exemplo, de uma amostra ou de um objeto de investigação.

Com base nas formulações acima, pretende-se, então, problematizar algumas demandas endereçadas ao pesquisador ao longo da pesquisa por meio da descrição e da análise de algumas situações de interação com atores e instâncias sociais que, tal como o pesquisador, estão referidos ao campo da saúde mental.

Apresentei o projeto de pesquisa em três situações dignas de nota por tocarem em pontos-chave: *a autoridade médica e o acesso a informações*. Gestores da política pública de saúde mental, assessores dessa política vinculados a ONGs e membros da equipe do CAPS investigado reagiram de diferentes formas ao projeto.

Quando solicitei a autorização para realizar a pesquisa, escutei uma observação do gestor em relação às demandas mais freqüentes dos CAPS feitas a ele: queixava-se dos recorrentes pedidos de “mais médicos” – justamente aqueles profissionais considerados detentores do poder de diagnosticar e prescrever o tratamento nas instituições asilares – ao invés de se procurarem estratégias de mobilização de outros atores sociais, como a parceria com a “família” e a “comunidade”, atividade não exclusivamente médica. Apontava que o lugar que a autoridade médica ocupava nos CAPS poderia ser problematizado através de minha pesquisa, já que a demanda acima descrita indicava, para o gestor, uma dificuldade de os profissionais dividirem as responsabilidades com a “comunidade”.

Desta maneira, embora o projeto de pesquisa tenha sido reconhecido pelo gestor como relevante, tornou-se uma maneira deste ator social lidar com uma solicitação de recursos humanos endereçada a ele, ficando o pesquisador no lugar desconfortável de oferecer dados legitimados academicamente para fazer frente a tal demanda.

A prefeitura municipal tem um convênio com uma ONG no sentido de, entre outras coisas, viabilizar recursos humanos para os CAPS sem necessariamente aguardar resultados de concursos públicos. Essa ONG também faz relatórios periódicos (ora semestrais, ora anuais) sobre o atendimento que o CAPS oferece à população por meio de dados quantitativos e qualitativos. Além disso, através dela são contratados não só profissionais, mas também supervisores, em geral ligados às entidades universitárias ou às associações psicanalíticas (ou a ambos), tendo em vista a “direção técnica” dos CAPS.

Quando solicitei os relatórios sobre os CAPS, um pesquisador da ONG me disse que algumas peculiaridades do CAPS investigado chamavam a sua atenção, como o baixo uso do atendimento diário (a maior parte da clientela costuma vir em um dia na semana) oferecido a uma clientela considerada com graves condições de saúde (psicóticos com múltiplas e prolongadas internações) e uma frágil rede de suporte familiar e social. Ou seja, justamente em um serviço com tantos casos elegíveis para um cuidado contínuo e diário, havia um perfil de atendimento “ambulatorial” espaçado: semanal/mensal. Além disso, a ONG dispunha de poucas informações sobre esse CAPS, já que a adesão do serviço à supervisão da ONG era recente (só havia um relatório em sete anos de existência do CAPS, diferentemente dos demais). Para o membro da ONG, a pesquisa poderia justamente ir ao encontro dessas dúvidas e complementar a ausência de informação. Em nenhum momento da pesquisa obtive pistas sobre a razão da adesão tardia do CAPS em questão à supervisão desta ONG, mas o contato com o “pesquisador-assessor de ONG” me fez pensar em uma outra dimensão da atividade de assessoria: o monitoramento do trabalho nos CAPS.

Desta maneira, embora o membro da ONG tenha apontado mais justificativas para o projeto de pesquisa, também forneceu elementos para refletir que os resultados da pesquisa poderiam remeter à qualidade e à quantidade do atendimento nesse CAPS, fator que alimentava uma competição entre os serviços (já que eu pertencia a um outro CAPS no mesmo município), isto é, os dados poderiam se transformar em instrumento de acusação, denúncia e mesmo fiscalização de “colegas de trabalho”.

Enfim, no momento em que apresentei, durante reunião de equipe, o projeto de pesquisa à equipe do CAPS a ser investigado, fui acolhido de uma maneira interessante de ser descrita por tocar na metodologia de pesquisa. Entrevistas? Prontuários? Atas de reunião de equipe? Observação de reunião de equipe? Apresentei em breves palavras o projeto, nomeando os discursos da responsabilidade⁶ recolhidos na revisão bibliográfica – assunção de responsabilidade do serviço pelo território; aumento das obrigações do profissional em relação ao processo de trabalho; possibilidade de o psicótico ser responsável pela própria condição – e propus uma investigação das práticas que diziam respeito às responsabilidades do CAPS através das formas de negociação, divisão e delegação de encargos relativas aos cuidados divididos entre profissionais, familiares, usuários e comunidade. Não houve comentários acerca do conteúdo do projeto – exceto por um membro da equipe, que ressaltou a pertinência do tema no “momento atual da reforma” –, mas sim um curioso processo de sua aceitação pela equipe, assim como algumas sugestões de método.

Após a apresentação do projeto, sugeri que o grupo pensasse sobre a proposta de pesquisa, que envolveria entrevistas com os profissionais e leitura de prontuários, no sentido de organizar casos clínicos exemplares das práticas de atenção psicossocial. Por esta razão, deixaria cópias do projeto no serviço e telefonaria na semana seguinte, visando facilitar a reflexão sobre a pesquisa⁷. Seguiram-se comentários de dois membros da equipe, que depois saberia se tratarem dos coordenadores do grupo de estudos do serviço. Fui convidado por um deles a participar da reunião que habitualmente faziam; ele aglutinava outro pertencimento institucional, pois estava ligado à universidade (mestre em psicologia). Segundo ele, deveria vir à reunião semanal para colher mais dados sobre o trabalho dos profissionais com os usuários do serviço, tendo em vista a probabilidade de encontrar poucas informações sobre meu tema nos prontuários; citou a experiência de pesquisa de um “amigo” (também mestre em psicologia), na qual a leitura de prontuários mostrou a precariedade e a inconstância de relatos de atendimentos, sugerindo que eu buscasse tais exemplos na própria reunião de equipe.

Não hesitei em incluir na metodologia, a partir desse convite, a observação da reunião de equipe, o que propiciou uma surpresa na investigação: o tema do “técnico de referência”. Entretanto, incluir essa relação com a equipe como mais uma atividade da pesquisa acrescentaria ao material as possíveis tensões, ambigüidades e dúvidas que a presença de um pesquisador – que também é profissional de saúde mental em outro CAPS – poderia provocar. Assim, não pude resistir ao impulso de participar dos debates. A posição de observador era necessária na apreensão da diversidade de concepções sobre a tarefa de ser “técnico de referência” do usuário, de modo que não poderia ser mais um profissional a dizer o que é referência, até porque não era um dos encarregados pelo cuidado naquele serviço. Entretanto, o desconforto de ficar em silêncio foi excessivo em meio aos colegas reformistas, de maneira que me portei por vezes como estudioso do assunto, apontando definições e resultados de pesquisas durante as “contrapartidas” à equipe; em outros momentos, agi como colaborador, ao mencionar um serviço em que o grupo poderia procurar ajuda jurídica para a resolução de um caso clínico trazido à reunião. Muito provavelmente não me mantive em nenhum lugar estanque. Ficava em silêncio e atento, mas externava, por vezes, impressões e sempre respondia a perguntas dentro e fora das reuniões. Diante da queixa de alguns profissionais em relação à carga horária, perguntaram-me: “No CAPS onde você trabalha também é assim?” Respondi, de pronto, que o problema de fato acontecia no serviço onde sou psicólogo, mas em escala diferente. O que era aparentemente uma resposta espontânea, não deixava de ter, entretanto, apreensões metodológicas, já que sempre procurava não me colocar como profissional de um serviço melhor ou pior, mas ao mesmo tempo evitava a parceria corporativa.

Outro técnico, que também pertencia à gestão estadual de saúde mental, ressaltou a importância do preenchimento dos prontuários para o trabalho em equipe e a necessidade da pesquisa não abrir mão deles por conta dessa provável precariedade. Sugeriu que seria bom que tal “ausência de dados” fosse verificada por mim, deixando-me com mais um encargo de teor fiscalizador: o de conferir a qualidade de tais prontuários.

Apesar do meu procedimento de aguardar a aceitação da pesquisa por parte da equipe, o supervisor contratado pela ONG, que também era professor universitário, perguntou diretamente ao grupo sobre o interesse ou a objeção em relação a ela. Diante do silêncio de muitos e do balançar positivo de cabeças de alguns, explicitou a aceitação da proposta de pesquisa e solicitou, “como contrapartida para a equipe”, relatórios periódicos sobre o andamento do trabalho, contrato que aceitei de imediato.

Assim, *o projeto de pesquisa esteve colado desde o início a demandas governamentais de teor fiscalizador, sendo que o pesquisador também pertencia à mesma categoria daqueles que estavam sob tais modalidades de controle*. Optei por responder a essas demandas, explicitando a atividade dos “colegas de trabalho”, mas apontando um entendimento diferenciado dos prontuários e da tarefa do CAPS. Desta maneira, através de uma mudança metodológica e epistemológica na condução da pesquisa, que será descrita a seguir, pude demarcar uma dimensão das tecnologias “psicossociais” não verbalizada pelos meus interlocutores: o fato de o registro em prontuário, citando pessoas que cercam o portador de transtorno mental (familiares, vizinhos, servidores públicos, pastores de igreja, patrões, entre outros), contribuir justamente para manter os egressos de internação psiquiátrica fora do hospício, na medida em que esse modo de localizar e de visibilizar os atores sociais torna possível ao CAPS ação “recursos na comunidade” em momentos em que os profissionais não se podem fazer presentes⁸.

Portanto, ao invés de dizer que o CAPS estava cumprindo ou não as diretrizes governamentais, pude mostrar um dos modos pelos quais as chamadas “redes de suporte social” eram produzidas: não dependia tanto da presença diária dos pacientes psiquiátricos no serviço, nem da consulta médica, ou ainda das visitas domiciliares, mas justamente de um conjunto de convites e convocações à “participação da comunidade” no tratamento, o que poderia se dar, algumas vezes, por telefone. Esta percepção em muito se deveu ao fato de o pesquisador acentuar um dos seus pertencimentos institucionais, no caso aquele à “academia”, ou seja, foi através da adesão a uma perspectiva menos “clínica” e mais “administrativa” do atendimento que foi possível lidar com as demandas de teor fiscalizador, exibindo procedimentos pouco verbalizados mas rotineiros.

Enfim, costumava ficar na sala dos prontuários no serviço. Nesse local, embora tenha lidado predominantemente com papéis e documentos, algumas vezes ocupei um lugar de “vigilante” – orientação que me foi dada pelos demais profissionais – por conta do hábito de uma das usuárias (diabética) de buscar na geladeira alimentos e refrigerantes inadequados a ela. Como a porta da sala só deveria se manter fechada quando estivesse desocupada, acabei ficando responsável por esse encargo, ao mesmo tempo de cuidado e de controle, embora não sendo psicólogo – e sim pesquisador – na instituição. Assim, mesmo ocupando um outro lugar nesse CAPS, mantive a aceitação da função de cuidar, só que de forma diferente daquela do cotidiano de psicólogo em outro CAPS. Em minha análise dos acontecimentos, procurei acentuar essa dimensão administrativa da atenção psicossocial⁹.

AS INQUIETAÇÕES DE ETNOGRAFAR “COLEGAS DE TRABALHO”: UMA PROBLEMATIZAÇÃO DAS METODOLOGIAS DE PESQUISA

“Como de fato não experimentar um *sentimento de inquietação no momento de tornar públicas conversas privadas*, confidências recolhidas numa relação de confiança que só se pode estabelecer na relação entre duas pessoas? Sem dúvida, todos os nossos interlocutores aceitaram confiar-nos o uso que seria feito de seus depoimentos. Mas jamais houve um contrato tão carregado de exigências tácitas como um contrato de confiança. Devíamos, pois, cuidar primeiramente de proteger aqueles que em nós confiaram (especialmente mudando, muitas vezes, as indicações, tais como nomes de lugares ou de pessoas que pudessem permitir sua identificação); mas convinha também, e acima de tudo, *procurar colocá-los ao abrigo dos perigos aos quais nós exporíamos suas palavras, abandonando-as, sem proteção, aos desvios de sentido*” (Bourdieu 1997:09).

Eram ao todo quarenta profissionais no CAPS investigado, doze deles de nível superior, sendo que havia quinhentos usuários matriculados sob os seus cuidados, alguns deles ao longo dos mais de cinco anos de existência do CAPS. Desses profissionais, dez foram entrevistados: quatro psicólogos, dois psiquiatras, duas pedagogas, uma nutricionista e um auxiliar administrativo. Dentre os aproximadamente quinhentos usuários, mais ou menos vinte deles foram citados em reunião de equipe durante o período da pesquisa, de modo que os seus prontuários foram lidos, permitindo a organização de três trajetórias clínico-institucionais. A reunião de equipe semanal foi observada por três meses ininterruptos, sendo que durante esse período discutiu-se a questão do “técnico de referência”.

Como já disse anteriormente, tinha em mente apreender as tecnologias psicossociais por meio das entrevistas com os profissionais, assim como destacar suas narrativas sobre atendimentos que envolvessem alguma divisão de encargos com outros atores sociais. A partir de tais narrativas, pensava procurar registros em prontuário sobre o caso clínico citado, acrescentando as informações à fala do profissional em entrevista e gerando assim um conjunto de dados sobre a trajetória clínico-institucional dos usuários e as intervenções junto a eles dos profissionais. Estes falavam de seu trabalho num tom mais prescritivo que descriptivo e foram poucos os que se dispuseram a desvendar a sua relação com usuários e familiares nas consultas e nas visitas domiciliares. No entanto, houve muitos que cobriram com “palavras de ordem” da reforma psiquiátrica a narrativa sobre o próprio processo de trabalho, tal como já havia alertado Leal (1999).

Assim, por exemplo, quando perguntava a uma pedagoga sobre suas atividades no serviço – muitas delas grupais –, ela relatava fazer parte de um dos primeiros grupos de família, que coordena hoje em dia junto com outro profissional. Eu apresentava, então, questões sobre a atividade (por exemplo, “como é a relação com esses familiares?”), e ela contava alguns episódios: uma senhora veio a desistir de tirar a sua vida e a do filho “doente mental”, “tomando chumbinho”, quando falou de suas intenções no grupo e outros familiares tentaram dissuadi-la. A partir daí, procurei investigar de que procedimentos ela lançou mão para facilitar a essa pessoa se expressar, e a pedagoga relatou um atendimento individual conduzido por ela, no qual uma confissão dos parentes teve grande importância para lidar com a usuária. Vez ou outra, essa pedagoga intercalava sua narrativa com o discurso reformista oficial, do tipo “o grupo é que faz, não sou eu”, ou “as famílias também precisam de acolhimento, mas são elas que agem no grupo, a gente só coordena”, ou ainda com jargões técnicos prescritivos, como “o grupo como lugar de produção de autonomia”.

Acredito que a própria estratégia de iniciar a entrevista perguntando sobre o percurso individual e o trabalho desenvolvido no serviço pode ter dificultado um tom narrativo. Penso que, ao contrário do efeito que imaginei que esta estratégia teria – ser mais impessoal e distanciada do que o relato da atuação e da relação direta com usuários e familiares –, ela produziu mais tensão. Primeiro, entrevistador e entrevistado, enquanto profissionais em saúde mental do CAPS, compartilhavam jargões e terminologias reformistas: tive dificuldade de transformar esse quadro de enunciação, já que também naturalizava muitas dessas “palavras de ordem”¹⁰. Segundo, era como se a possibilidade de expor seu trabalho a um profissional de outro CAPS suscitasse desconfiança, pois esse pertencimento institucional de certo modo me colocava na posição ambígua de parceiro corporativo e, ao mesmo tempo, como foi verbalizado em uma reunião, de “espião”. Esta postura dos profissionais me coibiu na busca dos prontuários de usuários citados em entrevista, de maneira que escolhi os prontuários a partir de citações em reunião de equipe, algo menos particular e privado e mais coletivo e público.

Além disso, também *partia do pressuposto segundo o qual os prontuários seriam secundários na pesquisa, já que não passariam de documentos, material já dado: enganei-me profundamente ao ignorar o papel dos registros na configuração da atenção psicossocial como atividade profissional específica e diferenciada da prática psiquiátrica ortodoxa*. Como foi apresentado anteriormente, os próprios profissionais sugeriram que eu participasse da reunião de equipe sob a seguinte justificativa: na maioria das vezes, só encontraria prescrições médicas nos prontuários. Mas aquilo que lia nos prontuários portava uma descrição – algumas vezes minuciosa – de reuniões e contatos telefônicos com parentes, vizinhos e servidores públicos ligados à saúde, à educação e

à cultura, acontecidos principalmente dentro, mas algumas vezes também fora, do espaço do CAPS: um universo de convites e convocações para “participar” junto a atores e a instâncias sociais diversos, “parceiros” em contratos provisórios de cuidado. Os registros em prontuários, desse ponto de vista, exprimem outra realidade, e não uma realidade menor: trata-se da dimensão administrativa do atendimento, em que a menção a familiares e a vizinhos também colabora para o seu comprometimento no tratamento, enredando-os na malha administrativa e engendrando responsáveis pelo cuidado.

A questão do uso que se faz do relato colocou-se fortemente para mim: como analisar algo que também produzo, digo e penso, já que sou profissional e militante do campo da saúde mental? Além disso, são colegas de trabalho expondo seus pontos de vista e compartilhando comigo a sua experiência profissional: em que medida devo preservá-los quando apresento suas falas, seus escritos e discursos? – angústia não muito diferente daquela descrita acima, por Bourdieu (1997).

Desta maneira, o registro em prontuário e a fala dos entrevistados assumiram estatutos diferenciados ao longo do trabalho de campo, levando em conta a perspectiva apontada por Vianna (2002). O caráter “burocrático” do prontuário é destacado, apesar do sigilo e das questões éticas que as informações ali contidas envolvem (Victora 2004). Foram tratados como documentos cujo conteúdo representa o usuário em momentos de prestação de contas à Justiça¹¹.

Por que entrevistas e prontuários? Por que não observação participante? Devo dizer que tive receio de estar de outro modo – como pesquisador e não como psicólogo – no cotidiano assistencial, no sentido de que provavelmente teria muita dificuldade em lidar com os usuários ouvindo outra coisa que não sofrimento e sintoma. O lugar que ocupei de “vigilante” no CAPS pesquisado, e aqui narrado, ilustra essa tendência de cuidar e proteger tendo em vista uma escuta clínica¹².

As recomendações de Lourau (2004) apresentadas anteriormente, no interior do que ele designa de “análise institucional”, apontam alguns encaminhamentos para as questões acima. Assim, mais do que afirmar alguma adesão institucional – seja aos “colegas de trabalho”, seja aos gestores, seja à ONG, ou ainda à universidade –, valeria a pena mapear e analisar os pertencimentos e as lealdades envolvidos. Embora “colega de trabalho”, não estava ali para fortalecer a corporação “psi”, mas também não era o caso de enfraquecê-la. Tanto o gestor municipal quanto a assessora da ONG e um dos membros da equipe referidos à gestão expunham uma demanda de teor fiscalizador, à qual respondi parcialmente por meio da adesão à instituição universitária: expus a atenção psicossocial não por meio dos parâmetros de “qualidade” dos registros, mas através de uma apreensão do cotidiano da atividade dos profissionais balizada pela dimensão administrativa dos procedimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não tenha antecipado ao leitor, tinha a pretensão de que este exercício de objetivação participante, reflexividade reflexa e análise de implicações se desse em duas etapas. A primeira, apresentada acima, no contexto da dissertação de mestrado sobre o atendimento público a portadores de transtorno mental, realizada junto aos

técnicos de um CAPS no município do Rio de Janeiro, a partir de uma perspectiva etnográfica. A segunda, após a publicação dos resultados dessa dissertação, quando um dos artigos foi utilizado pela “supervisora” do CAPS para realizar um “planejamento” com a equipe.

Após o encerramento da dissertação de mestrado, entre os anos de 2004 e 2007, não foi mais o pesquisador e sim o destino dos produtos da pesquisa que permitiu uma retomada dos elementos éticos de investigar o próprio *métier*. Um dos artigos publicados veio a circular no cotidiano das reuniões semanais de equipe do CAPS estudado, no contexto da organização do trabalho em grupo realizado pela supervisora desse serviço, ligada à rede de relações pessoais do pesquisador. O artigo não suscitou questionamentos nem confirmações dos resultados do estudo, mas chamou a atenção para o modo com que os “nativos” objetivaram a pesquisa: o artigo tornou-se “memória do CAPS”, reiterando documentos e falas que já representavam, dessa forma, o conteúdo de meus relatórios periódicos sobre o andamento do meu trabalho, designados por alguns membros da equipe de “contrapartida”.

Não seria possível, neste texto, desenvolver esse processo de objetivação da pesquisa por parte daqueles que contribuíram para viabilizá-la. Basta apenas sinalizar, antes de retomar alguns elementos da discussão sobre ética em pesquisa e trabalho de campo, que a diversidade de visões de mundo muitas vezes não se apresenta apenas entre “pesquisadores” e “nativos”, mas no interior do próprio produto da pesquisa, ora descrição etnográfica, ora registro do passado, ora instrumento de um plano de ação.

Mais uma vez devo dizer que a atividade de “pôr em questão” ações e idéias que emergiram ao longo desse estudo sobre o processo de reforma psiquiátrica no Brasil não tem como pretensão realizar uma análise da pessoa do pesquisador, de suas angústias e mazelas pessoais, tal como em um relato biográfico; pelo contrário, como recomenda Bourdieu (2003), trata-se de apontar os elementos “tristemente impessoais” que compõem nossas escolhas metodológicas, do objeto da pesquisa e da abordagem do problema. Além disso, como espero ter demonstrado, também não seria o caso de inconsistentemente rever e retificar posições assumidas pelo pesquisador em face de seus interlocutores, produzindo narrativas com forte teor paranóide e persecutório. Como aponta Lourau (2004), os pertencimentos e as referências institucionais dos sujeitos precisam ser explicitados para propiciar a análise dos mesmos e não para favorecer um confessionário.

Entretanto, após esse exercício analítico, percebo também o quanto é necessário, no contexto de discussões sobre a ética em pesquisa e o trabalho de campo, atentar para as formulações de M. Foucault (1987) sobre o dispositivo do exame e do inquérito, pois tenho dúvidas de que ele seja acionado exclusivamente no interior de instituições médicas ou judiciárias¹³. Essas formas de “perscrutação” (às vezes do outro, às vezes de si próprio) e de suscitação de confissões são um dispositivo descrito, por exemplo, no contexto do exercício da medicina na passagem do século XVIII para o XIX, propiciando que os pacientes falassem de si mesmos para os médicos, contribuindo para a formulação de “anamneses” e de “casos clínicos”. Será que muitas vezes esse dispositivo de “fazer falar” também não favorece a emergência do nosso material de pesquisa nas “etnografias”?

Martinho Braga Batista e Silva é graduado em Psicologia pela Universidade de Brasília, mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e doutorando do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

NOTAS

- 1 Este texto é uma versão modificada de uma apresentação oral na VII Reunião de Antropologia do Mercosul, acontecida em julho de 2007. Agradeço os comentários preciosos dos professores Raquel Aisengart, Maria Epele e Octavio Bonet, no Grupo de Trabalho sobre Ética em Pesquisa e Trabalho de Campo.
- 2 Essa necessidade também é apontada por Knauth (2004:134-136) no âmbito das pesquisas realizadas por cientistas sociais na área da saúde, confidentes e cúmplices dos pesquisados (às vezes cúmplices “da morte”, no caso por ela descrito das pesquisas sobre o HIV/AIDS).
- 3 Tal como Carrara (1994:36) apontava em relação às tendências temáticas e metodológicas no campo da antropologia da saúde, predominantemente construcionista, “[c]aminhou-se da ‘periferia’ ao ‘centro’, das sociedades não-ocidentais à nossa própria sociedade. E de ‘baixo’ para ‘cima’, ou seja, das representações e práticas chamadas de mágico-religiosas, mantidas por classes dominadas, subordinadas etc., para a análise da ciência e das elites intelectualizadas de nossas próprias sociedades”. Como veremos a seguir, este estudo também foi desenvolvido no interior dessas balizas teóricas.
- 4 A expressão me foi dita durante orientação da pesquisa no mestrado. Diante da paralisia sentida por mim diante daquilo que eu mesmo registrava sobre os profissionais do CAPS investigado, escutei: “Está com medo de denunciar seus *colegas de trabalho*”?
- 5 Para a descrição e a análise desses técnicos e das tecnologias “psicossociais”, ver Silva (2005b) e Silva (2007).
- 6 A apresentação de tais discursos da responsabilidade estão em Silva (2005a).
- 7 Salem (1978) aponta essa esperança como recurso ético nas entrevistas. Embora o objeto de seu estudo fosse diverso – os papéis familiares em relação a casamento em diferentes gerações – e, portanto, se esperasse dos entrevistados mais disponibilidade pessoal em expor intimidades, achei pertinente agir desta forma, já que buscava a autorização dos próprios profissionais.
- 8 Vianna (2002) aponta essa mesma tendência da administração pública de distribuir responsabilidades “sobre”, sem arcar com o ônus “do” cuidado, tendo em vista a construção de uma autoridade para lidar com certas populações tuteláveis, no seu caso, os menores.
- 9 Medeiros *et alii* (2007) indicam tal postura de cuidado do pesquisador, que também é profissional da saúde, como recomendável. Entretanto, não problematizam a articulação entre cuidado e controle das práticas em saúde, tomando o atendimento às demandas dos usuários de serviços de saúde ao longo da pesquisa a partir de uma perspectiva exclusivamente terapêutica e de defesa dos direitos humanos.
- 10 Bourdieu (1997:698) destaca essa tendência nas entrevistas entre “pares”: a de dizer tudo, menos o que é óbvio e visto como natural, deixando passar em silêncio todo um conjunto de pressupostos.
- 11 Diferente de Bertolli Filho (2006), fui autorizado a ler os prontuários sem ter que me infiltrar na instituição. No caso deste autor, não foi a privacidade dos usuários que esteve em jogo, mas a recusa da instituição médica em compreender a curiosidade de um historiador sobre esse documento.
- 12 Como Carrara (1998:26), tive que interpor documentos e registros para mediar minha relação com os atores sociais da pesquisa, mas por razões diferentes: no caso dele, dificuldades em suportar emocionalmente a concomitância de duas condições existenciais consideradas deprimentes nas sociedades modernas (a de criminoso e de doente mental, como é o caso dos pacientes dos “manicômios-judiciais”); no meu caso, por estar acostumado a constranger a experiência da loucura a sintomas de transtornos psiquiátricos ou sinais de sofrimento psíquico.
- 13 Lima (2004) também aponta a operação desses dispositivos para além do âmbito judiciário, com ênfase no modo pelo qual eles se atualizam na “academia” e a na “sociedade”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERTOLLI FILHO, Cláudio. 2006. “Prontuários Médicos e a Memória da Saúde Brasileira”. *Boletim do Instituto de Saúde* 38:12-15.
- BOURDIEU, Pierre. 1987. *A Miséria do Mundo*. Petrópolis: Vozes.
- _____. 2003. “L’Objectivation Participante”. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 150:43-58.
- CARDOSO de OLIVEIRA, Luís Roberto. 2004. “Pesquisa em *versus* Pesquisas com Seres Humanos”. In Ceres Victora *et alli* (orgs.) *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói/Porto Alegre: EdUFF/ABA.
- CARDOSO de OLIVEIRA, Roberto. 2004. “O Mal-Estar da Ética na Antropologia Prática”. In Ceres Victora *et alli* (orgs.) *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói/Porto Alegre: EdUFF/ABA.
- CARRARA, Sérgio. 1994. “Entre Cientistas e Bruxos – ensaios sobre dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença”. In Paulo Alves (org.) *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____. 1998. *Crime e Loucura*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ.
- CASTEL, Robert. 1978. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. 1986. A Gestão dos Riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- DEBERT, Guita. 2004. “Ética e as Novas Perspectivas da Pesquisa Antropológica”. In Ceres Victora *et alli* (orgs.) *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói/Porto Alegre: EdUFF/ABA.
- DUARTE, Luís Fernando Dias. 1986. *Da Vida Nervosa das Classes Trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- FOUCAULT, Michel. 1978. *A História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- _____. 1987. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes.
- GOFFMAN, Erving. 1961. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- KNAUTH, Daniela. 2004. “As Implicações Éticas da Pesquisa Antropológica: uma reflexão a partir do caso da Aids”. In Ceres Victora *et alli* (orgs.) *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói/Porto Alegre: EdUFF/ABA.
- LEAL, Erotildes. 1999. “Tudo Está em seu Lugar? Da importância de irmos além dos princípios gerais na discussão da prática dos serviços-dia”. *Cadernos do IPUB* 14:47-54. Rio de Janeiro.
- LIMA, Roberto Kant de. 2004. “Éticas e Identidades Profissionais em uma Perspectiva Comparada”. In Ceres Victora *et alli* (orgs.) *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói/Porto Alegre: EdUFF/ABA.
- LOURAU, René. 2004. *René Lourau: analista institucional em tempo integral* [escritos organizados por Sônia Altoé]. São Paulo: Hucitec.
- MARTINS de OLIVEIRA, Eliana. 2006. “Comunidade Secreta? Labirintos na Comunidade de Vida Canção Nova”. *Anais da 25ª RBA* v.2.
- MEDEIROS, Marcelo *et alli*. 2007. “Pesquisa Qualitativa em Saúde: implicações éticas”. In Dirce Guilhem & Fabio Zicker (eds.) *Ética na Pesquisa em Saúde: avanços e desafios*. Brasília: Letras Livres/ Editora UnB.

- SALEM, Tânia. 1978. "Entrevistando Famílias: notas sobre o trabalho de campo". In Edson Nunes (org.) *A Aventura Sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar.
- SILVA, Martinho. 2004. Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social.
- _____. 2005a. "Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental". *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental* VIII(2):303-321.
- _____. 2005b. "Atenção Psicossocial e Gestão de Populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental". *Physis – Revista de Saúde Coletiva* 15(1):127-150.
- _____. 2007. "O Técnico de Referência no Centro de Atenção Psicossocial: uma nova especialidade no campo da saúde mental?" *Vivência* 32:207-223.
- VIANNA, Adriana. 2002. Os Limites da Menoridade: tutela, autoridade e família em julgamento. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Museu Nacional: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.
- VICTORA, Ceres. 2004. "Ética de Pesquisa em Equipe Multidisciplinar". In C. Victora *et alli* (orgs.) *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói/Porto Alegre: EdUFF/ABA.
- VICTORA, Ceres *et alli* (orgs.). 2004. *Antropologia e Ética: o debate atual no Brasil*. Niterói/Porto Alegre: EdUFF/ABA.

Reflexividade e Implicação de um “Pesquisador-Nativo” no Campo da Saúde Mental: sobre o dilema de pesquisar os próprios “colegas de trabalho”

RESUMO

A partir das considerações de P. Bourdieu sobre a reflexividade reflexa e a objetivação participante e de R. Lourau sobre a análise das implicações, procuro examinar a posição de um psicólogo ao investigar uma equipe de saúde mental, no sentido de produzir conhecimento sobre a atividade de pesquisa em situações nas quais o pesquisador, assim como eu, também é nativo. No contexto de um estudo sobre o atendimento a portadores de transtorno mental, conduzi entrevistas com profissionais, li prontuários e registrei reuniões de equipe em um serviço público de saúde enquanto trabalhava em outro, muitas vezes dividido entre duas posturas: uma mais consolidada, de defesa do ponto de vista do movimento antimanicomial, outra em formação, de estranhamento dos princípios e dos valores desse mesmo movimento. Emergia da leitura dos prontuários uma dimensão propriamente administrativa das práticas: o fato de o registro contribuir justamente para, ao citá-los, vincular familiares e vizinhos ao serviço.

PALAVRAS-CHAVE: ética, trabalho de campo, saúde mental, reflexividade.

Reflexivity and Implication of a “Native Researcher” in the Mental Health Field: the dilemma of investigating your own “colleagues”

ABSTRACT

Based on P. Bourdieu's considerations about “reflexive reflexivity” and “participant objectivation” and R. Lourau's views on participative analysis and its implications, the present study analyses how can a psychologist investigate a mental health team-work while being also a part of it. Is he (or am I) able to produce knowledge in such a situation? Within the context of patients with mental disturbs, I have interviewed professionals, read patient records and attended meetings of the public health service team, while also working for another team. I found myself several times deeply divided between two different proposals and perceptions: one, far more consolidated, which defended the anti-manicomial movement as an end; the other, still in the making, which finds these principles and values rather strange or odd. From the reading of the records, a rather administrative dimension of the practices has emerged: by quoting them, these records have contributed precisely to bond family and neighbors to the service.

KEY WORDS: ethics, fieldwork, mental health, reflexivity.

Recebido em 02/08/2007

Aprovado em 09/01/2008

