

NOVOS PARADIGMAS PARA UM VELHO PROBLEMA

1. Análise de discurso: implicações da escolha metodológica

Alguns movimentos iniciais (estranhar o familiar, despojar-se de interpretações diagnósticas) justificaram uma aproximação teórico-metodológica alicerçada na análise do discurso ou, mais especificamente, das práticas discursivas. Sem nos atermos às diferenças entre uma e outra, o que será retomado na seqüência, diríamos que ambas vão tratar da linguagem, não em sua materialidade, nem enquanto significante, mas enquanto *faz sentido para sujeitos inscritos em estratégias de interlocução, em posição social ou em conjunturas históricas* (MAINGUENEAU,1989:12). Assim entendida, a linguagem passa a se constituir como campo de estudo transdisciplinar, em que várias disciplinas dialogam. Nesse espaço, todas as passagens e trocas de saberes e fazeres são possíveis e desejáveis, o que faz com que o discurso e sua análise seja assumido com referência a textos escritos num contexto institucional (análise de discurso francesa), a conversas no cotidiano (escola anglo-saxônica), ou mesmo, como afirma GILL (1996) *o termo discurso é usado para se referir a **todas** as formas de falas e textos, seja nas conversas que ocorrem naturalmente, seja em material de entrevista ou textos escritos.*

Em Psicologia, segundo EDWARDS, D. e POTTER, J. (1992), as pesquisas orientadas para o discurso e sua análise surgem a partir da crítica a conceitos teóricos, perspectivas ou práticas analíticas existentes. Os autores reivindicam o reconhecimento da análise do discurso dentro da Psicologia, não apenas como estratégia analítica alternativa, mas como uma perspectiva teórico-metodológica consistente que denominam “psicologia discursiva”. Para os autores, *a psicologia discursiva geralmente está relacionada*

com **as práticas das pessoas**: comunicação, interação, argumento; e com a organização dessas práticas em diferentes tipos de situação(1992:156).

A psicologia discursiva, como perspectiva teórico-metodológica, significaria uma oposição a qualquer postura realista ou mentalista; significaria não abordar o discurso como *meio de captar uma realidade assumida que permanece sob o discurso, seja sociológica ou psicológica* (GILL, 1996:141), mas buscar no discurso o processo, o movimento, o sentido.

É esta ruptura com o definido, o esquemático, o mentalizado, o geral, que nos aparece como necessária para uma renovação radical de um olhar pousado durante tanto tempo numa paisagem, supostamente a mesma, como se dessa fixidez, por um aprofundamento analítico, pudéssemos apreender finalmente a “verdadeira” paisagem. Rompida a imobilidade do olhar, aparece o movimento vertiginoso dessa paisagem que inclui o que olha.

Essa metáfora visual assim expressa ainda traz uma postura representacional como é comentado por SHOTTER (1992). A necessidade de ter uma “imagem” adequada do processo, a noção do conhecimento como acuidade de representação levam-nos a acreditar no fracasso da compreensão, a duvidar de nosso conhecimento prático, a nos tornar “cegos” a outros conhecimentos que ocupam lugar em nossas vidas.

Não se trata da renovação do “olhar”, mas da busca de uma posição, de uma versão para um acontecimento que é móvel (não é paisagem) e que nos inclui enquanto investigadores.

Feita essa aproximação metodológica geral que nos levou a trabalhar com a análise de discurso, consideramos importante melhor definir a maneira como esta será por nós abordada.

2. Práticas discursivas: uma aproximação psicológica

Em Psicologia, o termo discurso e sua polissemia vem sendo substituído por práticas discursivas, incluindo dois aspectos que podem ser diferentemente privilegiados por autores.

Um primeiro aspecto refere-se á idéia de ação claramente introduzido pelo termo prática. Segundo POTTER (1996:129) : “*a análise de discurso focaliza conversas e textos como **práticas sociais** e os recursos empregados para possibilitar essas práticas*”. As ações não seriam vistas como conseqüência de processos ou entidades mentais, mas o interesse da análise está em compreender como as noções mentalizadas são construídas e usadas na interação.

EDWARDS e POTTER (1992), ao procurarem a coerência de uma psicologia discursiva, propõem um modelo de ação discursiva (DAM) que, conforme o próprio nome diz, não é um modelo de cognição. Referindo-se mais especificamente à atribuição (attribution) e à memória, para ilustrar, afirmam que não seriam focalizados como construtos, representações ou processos, mas sim como *coisas que as pessoas fazem*. Não pretendem, com isso, negar qualquer tipo de organização cognitiva, mas *o estudo do discurso situado redefine e realoca as relações entre linguagem e cognição e o faz colocando a linguagem como representação (seja do conhecimento ou da realidade) numa posição subordinada à linguagem como ação*.

Em se tratando de relato, a ação de relatar é ela mesma explicativa na sua relação com o contexto. Não se pretende excluir as variáveis que interferem nesse relato, como se elas estivessem distorcendo o que a pessoa realmente pensa e sabe. No relato, está em foco, portanto, o que a pessoa traz, os argumentos utilizados e a explicação dada para torná-lo plausível, ou seja, o que ocorre numa dada situação, dentro de uma seqüência de atividades.

Outro aspecto a ser considerado relaciona-se às práticas discursivas como conhecimento social, mais claramente explicitado nas diversas publicações de SPINK (1994c,1995a, 1995b, 1996a, 1996b).

Como afirmamos acima , o termo práticas discursivas introduz a idéia de ação. Não se refere à expressão do pensamento e nem a representações miméticas do real. As práticas discursivas são atividades cognitivas quando referidas ao conhecimento social entendido como construção da realidade.

Esse conhecimento é funcional e permite a produção do sentido. A definição de práticas discursivas de DAVIES E HARRÉ deixa isto claro: *práticas discursivas são as diferentes maneiras em que as pessoas, através dos discursos **ativamente produzem realidades psicológicas e sociais*** (1990:45). Trata-se, portanto, de ações situadas e contextualizadas através das quais se produzem sentidos e constroem-se versões da realidade.

2.1 Práticas discursivas como ações (interações) situadas e contextualizadas

Ao definirmos as práticas discursivas como ações contextualizadas, estamos dando ênfase às condições de produção do discurso. Importante é assinalar que as condições de produção do discurso não são meras referências a um contexto social, a uma conjuntura, mas falam de uma **instituição enunciativa**, negando uma oposição entre o **exterior** e o **interior** de um texto. O termo práticas discursivas é introduzido para designar esta reversibilidade essencial entre as duas faces do discurso (o textual e o social), justificando o interesse crescente pela microssociologia das interações (MAINGUENEAU, 1989).

SPINK (1996), ao se referir a contexto, afirma que ele *não pode ser entendido apenas como o espaço social em que a ação se realiza, mas é também definido por uma perspectiva temporal*. Nessa perspectiva, entram, conforme a autora, o tempo presente, o tempo vivido e o tempo histórico. No tempo presente, o que está em foco são as interações ou interanimações dialógicas.

A afirmação do aspecto interativo das práticas discursivas nos leva quase obrigatoriamente aos trabalhos de GOFFMAN, particularmente os publicados em 1974 e 1981, que abriram perspectivas para a análise do discurso como evento social.

Em trabalho anterior aos acima mencionados, GOFFMAN define a interação (face a face) como a *influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros, quando em presença física imediata* (1989:23). O termo encontro, segundo ele, também seria apropriado. Usando o teatro como metáfora - o que é marcante em seus trabalhos - afirma que, em toda interação, o tema básico subjacente é o desejo que tem cada participante de guiar e de regular as respostas dadas pelos outros presentes. Essa regulação recíproca dos comportamentos dos participantes se dá em busca da **definição de uma situação** que possibilitará o desenvolvimento da cena. Em qualquer situação, um indivíduo procura obter informações sobre o(s) outro (s), baseado em experiências anteriores e na interpretação dos sinais que recebe (verbais e não-verbais). São essas informações que servirão de base para a definição de situação.

A noção de definição de situação é mantida e aprofundada quando GOFFMAN dirige os seus interesses para a microsociologia das relações, isto é, a organização das experiências pelos indivíduos através de **enquadres** que funcionam em cada momento da vida social.

GOFFMAN propõe-se a analisar os eventos sociais do cotidiano a partir do que chama **frame-analysis**. Como fundamento dessa análise,

recorre às noções de **frame** (enquadre) e **framework** (enquadramento), noções essas que partem de conceito similar de Bateson.

Também segundo GOFFMAN , para que o indivíduo possa dar sentido para o que está acontecendo, vai recorrer aos chamados **enquadres**. Alguns desses enquadres são **primários**, ou seja, aparentemente não se ligam a nenhuma interpretação anterior. *Um **enquadre primário** é o que, numa dada situação, torna um aspecto sem sentido de uma cena em algo com sentido* (1974: 21).

Na vida cotidiana, ainda conforme GOFFMAN, podemos distinguir dois tipos de **enquadres primários**: os **naturais** e os **sociais**. Os **enquadres naturais** são aqueles que permitem identificar ocorrências que não são ordenadas ou dirigidas, que são “puramente físicas”, temos a impressão de que são produzidas por determinantes “naturais”. Os **sociais** dão fundamento para a compreensão de eventos que envolvem decisão, objetivo e esforço controlado da inteligência. Os **enquadramentos sociais** não são implacáveis como os **naturais**, pois sempre envolvem decisão individual. Há possibilidade de escolha (intenção e motivação estão envolvidas) e o que funciona é a avaliação das conseqüências da ação e o controle social.

Esses enquadres possibilitam a interpretação da realidade, interpretação essa que pode ser “errada”, mas, na maioria das vezes, é efetiva, ou seja, *os elementos e processos constitutivos que discernirmos através da leitura de uma atividade são aqueles que a própria atividade manifesta. A vida social é organizada de tal maneira que podemos, de forma geral, entender o que nos acontece* (1974: 26).

A partir da definição do que entende por “**frame**” e “**framework**”, GOFFMAN vai retomar um dos seus objetivos iniciais, isto é, a análise das vulnerabilidades desses enquadramentos: a “**frame analysis**”. Identifica algumas formas básicas, através das quais uma seqüência de atividades pode ser transformada, utilizando os conceitos de tom, modulação e fabricação.

Esse tipo de análise é transposto para análise de conversas e de falas presentes no cotidiano, consideradas como eventos da vida social, e, para possibilitá-la, vai introduzir o conceito de **footing** (posição).

Entendida a conversa como uma situação interacional que vai além das alternâncias de frase, GOFFMAN diz que há um acordo inicial orientando os participantes. Esse acordo deixa um tanto de ambigüidades e pode ser constantemente transformado por aquilo que denomina mudança de **posição**. O exemplo utilizado refere-se a uma notícia de jornal em que o presidente Nixon dirige-se a uma jornalista presente na situação, fazendo um comentário sobre a roupa dela, o que leva a uma resposta correspondente da jornalista, mudando a **posição**. As falas anteriores eram perguntas e respostas de uma jornalista e do presidente da república enquanto que as últimas eram um diálogo entre um homem (machista) e uma mulher.

*A mudança de **posição** implica em mudança da postura que assumimos em relação a nós mesmos e aos outros presentes, expressa pela forma como lidamos com a produção ou a recepção de um enunciado (1981:128).* Quando damos um recado, podemos nos colocar em posição de autoridade, dando um tom coercitivo ao enunciado, e vamos obter resposta positiva ou negativa relacionada a esse tom. Se, durante a fala, damos sinais de que estamos fazendo uma brincadeira (tom de voz e gestos que a acompanham), estamos mudando a **posição**, o que provavelmente levará a outro tipo de resposta.

Nos exemplos dados por GOFFMAN, a mudança de **posição** é sinalizada pelas palavras pronunciadas, pelo conjunto de sinais e pela relação desses sinais com as falas antecedentes e conseqüentes. Assim, distancia do que ele chama de formalismo lingüístico e faz da interação o ponto principal da análise. Com isso, a mobilidade das conversas do cotidiano é melhor captada.

No entanto, segundo DAVIES E HARRÉ (1990), embora se afastando da metáfora da dramaturgia, presente em seus primeiros trabalhos, e propondo esquemas promissores para análise da interação verbal, GOFFMAN

não consegue se desprender totalmente de uma visão estática, ritualística e formal, inerente à noção de papel.

Para os autores, da própria conversação surgem regras e posições negociáveis entre os interlocutores, não havendo “papéis” que a transcendam. O conceito chave para sua proposta de análise é o **posicionamento**, que se opõe drasticamente ao de papel, segundo eles.

O conceito de posicionamento vai além de um conceito analítico, pois, por meio dele, pretende-se chegar a uma compreensão da pessoa em sua continuidade (identidade) e multiplicidade (*selves* posicionados em múltiplas e contraditórias narrativas).

O posicionamento é definido como *um processo discursivo, através do qual os selves são situados numa conversação como participantes observáveis, subjetivamente coerentes em linhas de história conjuntamente produzidas* (1990:48). Na conversa ou conversação, pela interação, o locutor posiciona-se e posiciona o outro, ou seja, quando falamos, selecionamos o tom, as figuras, os trechos de histórias, as personagens que correspondem ao posicionamento assumido diante do outro que é posicionado por ele. As posições não são irrevogáveis, mas continuamente negociadas.

Ao apresentar as várias dimensões implicadas nesse posicionamento, DAVIES e HARRÉ referem-se a situações muito próximas às analisadas por GOFFMAN. Uma delas refere-se ao tom ou jeito de falar em uma determinada situação (por exemplo, diálogos formais num evento social) da qual derivariam os posicionamentos. A diferença está em como isso é interpretado: a forma de falar cria a situação e não o inverso, ou seja, é esse jeito de falar que dá sentido à situação. Além disso, a forma como cada participante vê a situação varia bastante e há uma disponibilidade de discursos alternativos que são invocados a partir das palavras iniciais de um locutor.

Outra aproximação encontramos quando afirmam que as posições podem ser vistas por um e outro dos participantes como referentes a papéis conhecidos (reais ou metafóricos). No entanto, essa aparente aproximação é revista, quando DAVIES e HARRÉ afirmam que somos não

apenas diretores e produtores do drama (controle e intencionalidade que aparece em Goffman), mas somos, ao mesmo tempo, autores, protagonistas e os outros participantes são co-autores e co-produtores. Somos também as múltiplas audiências que interpretam de forma contraditória, que se emocionam, que se posicionam e que criam posições imaginárias. O aspecto da subjetividade da narrativa vai tornar a metáfora do teatro cada vez mais estreita, incapaz de clarear o que ocorre num evento interativo, carregado de contradições e nuances.

Quando GOFFMAN (1981) propõe-se a analisar as transformações de enquadre ou posição presentes nas conversas do cotidiano, redefine o que se deve entender por locutor e ouvinte (figuras essenciais na conversa), enfatizando a importância do contexto, da presença da comunicação não-verbal, e do alinhamento presente na relação face a face.

No que se refere ao ouvinte, mostra, por meio de exemplos, como pode haver níveis diferentes de participação, níveis estes que só podem ser apreendidos quando se analisa o evento interativo como um todo. Isso porque a condição de ouvinte (participante reconhecido ou não) pode se alterar, o que é mais evidente em conversas do cotidiano, que incluem mais do que duas pessoas.

Quanto ao locutor, ele faz uma distinção importante entre o que ele chama de **animador, autor e responsável**. Enquanto exerce um papel ativo na produção do enunciado, o locutor é considerado o **animador**. A pessoa que fala não é um mero emissor, máquina de fabricar sons, mas tem um papel ativo na emissão dos sons. Para tornar isso mais claro, GOFFMAN analisa a situação em que uma pessoa atende o telefone e repete o que ouviu para outra a quem é endereçada a ligação. As diferentes tonalidades e modulações empregadas vão **animar** o recado com tons mais simpáticos ou menos. O locutor pode ser considerado o **autor** das palavras que são ouvidas *alguém que selecionou os sentimentos que são expressos através das palavras* (1981:144) ou *quem intencionalmente assumiu a posição atestada pelo sentido da*

enunciação.(1974:517). E o locutor pode ainda ser o **responsável**, aquele cuja posição é estabelecida pelas palavras que são faladas, que está comprometido com essas palavras *uma pessoa ativa em alguma identidade ou papel social particular, alguma competência especial como membro de grupo, emprego, categoria, relação associação ou qualquer outra fonte, socialmente definida de auto- identificação* (1981:145).

As noções de **animador, autor e responsável** dão conta da chamada “forma de produção” de um enunciado e, geralmente, estão relacionadas ao emprego do pronome eu. Mas existem muitos exemplos em que essa coincidência não existe, pedindo uma análise mais sutil, capaz de captar as mudanças de posição.

O “**eu**” que aparece na enunciação é, muitas vezes, o protagonista da cena do mundo do qual ele fala e não do mundo em que a enunciação ocorre. Várias vezes, durante uma conversa, aparecem comentários do tipo “Eu penso que...” ,ou “Para falar a verdade eu....”, possibilitando-nos concluir que existe um “eu” que pensa, diferente do que enuncia, ou um “eu” que não estava falando a verdade.

Uma outra constatação refere-se a narrativas de fatos passados em que, freqüentemente, surgem referências sobre coisas que foram ditas ou feitas pelo locutor em tempo distante. Por exemplo: *naquele dia eu disse para Fulano: eu não gostei do que você fez*. Além do animador fisicamente presente na situação, está envolvido um outro **eu** que estava presente no mundo do qual se fala. Em algumas falas, há uma coincidência entre os dois, mas, em outras, o próprio relato evidencia trata-se de diferentes “*selves*”. Nesse sentido, podemos falar do *addressing self* (o que fala no presente) diferente daquele que existia no passado.

Quando há referência ao passado, um “*self*” é selecionado e este só pode contracenar com alguém da história contada. O ouvinte não pode responder à pergunta que o locutor disse que fez a alguém. Geralmente perguntamos “e o que ele respondeu....” antes de fazer comentários a respeito.

Outra análise importante refere-se a citações ou a reproduções de falas de outras pessoas durante a conversa (o que fala não é o “autor” do que é falado). Nesse caso, a aproximação com o teatro é retomada para analisar a autoria da fala.

O locutor, ao apresentar os fatos, reapresenta-os, utilizando meios semelhantes à dramaturgia, pois seleciona eventos e personagens que fazem sentido no seu relato. Essa reapresentação dos fatos não é um tape dos fatos narrados, mas *uma perspectiva pessoal de um participante atual que, a partir de sua localização desenvolve a sua narrativa temporal e dramaticamente* (1974:509). A retomada dos fatos é fruto da experiência pessoal de quem narra. Mesmo quando, em lugar de usar a primeira ou terceira pessoa, coloca as palavras na boca de outro, é possível analisar a perspectiva de quem fala e sua relação com o evento.

Na conversa informal, pelo menos, essa seleção de eventos e personagens não é devida à consistência temática que está por trás da criação de um drama teatral; o que conduz o “autor” é sua relação com quem ouve. *Quando um indivíduo diz alguma coisa, não o faz como uma declaração de fatos em seu próprio proveito mas está recortando ou percorrendo seqüências (strip) de determinados eventos para engajar os seus ouvintes* (1974:508). O dramaturgo traz às cenas falas que mantêm o suspense e o locutor, numa fala do cotidiano, traz relatos e personagens que conferem legitimidade e justificativa para sua posição. *O que é apresentado pelo indivíduo que diz respeito a ele mesmo e ao seu mundo não passa de uma abstração, um argumento autodefensivo, uma cuidadosa seleção entre uma multidão de fatos* (1974:558) e o melhor que podemos fazer é encarar essa narrativa como uma cena dramática, em que ele mesmo é um personagem que traz uma leitura aceitável de seu passado. *O que o locutor faz, usualmente, é apresentar aos ouvintes uma versão do que aconteceu com ele* (1974:503).

DAVIES E HARRÉ (1990), a partir de seu conceito de posicionamento possibilitam retomar as análises de GOFFMAN, reinterpretando-

as. As mudanças de posição assinaladas pela mobilidade do pronome **eu** numa conversação apontam para o que os autores denominam de contradições entre os múltiplos “*selves*” e a necessidade de um posicionamento coerente numa linha de história definida. “*As concepções que as pessoas têm de si mesmas são desarticuladas até o momento em que elas passam a estar localizadas numa história. Dado que muitas histórias podem ser contadas, mesmo em se tratando de um único evento, segue que temos muitos “selves coerentes possíveis”* (1990:59).

Isso não se refere apenas ao momento em que a interação verbal ocorre, pois o ser humano é caracterizado tanto pela identidade contínua como pela descontinuidade da diversidade pessoal. “*Ao falar e agir a partir de uma posição as pessoas estão trazendo para a situação particular sua história como seres subjetivos, ou seja, a história de alguém que esteve em múltiplas posições e engajou-se em diferentes formas de discurso*”(1990:48).

A multiplicidade dos “*selves*” advém das múltiplas práticas discursivas através das quais o indivíduo participa e posiciona-se. A essa variação e descontinuidade é dado um sentido pelo indivíduo, a partir de sua experiência singular. “*Aprendemos a ser uma pessoa singular e não contraditória no interior de uma linha histórica consistente através de narrativas textuais e vivida*”(1990:59).

A inclusão de personagens ou episódios na história pelo locutor vai posicionar o interlocutor nesses acontecimentos (posição essa que pode ser negociada e não é irrevogável) ou pode dar coerência ao autoposicionamento. Uma pessoa posicionada numa prática discursiva específica vai trazer personagens, imagens, linha de história, conceitos, que são relevantes para a posição assumida.

2.2. Práticas discursivas e produção de sentidos

Produção de sentido e construcionismo - Ao relacionar práticas discursivas com produção de sentidos, estamos assumindo que os sentidos não estão na linguagem enquanto materialidade, mas no discurso que faz da linguagem a ferramenta para a construção da realidade.

SHOTTER (1994) afirma que, nos últimos anos, as ciências comportamentais e sociais vêm aumentando seu interesse pelo **como** falamos e escrevemos sobre determinados assuntos mais do que pela natureza dos assuntos abordados. Segundo o autor, vem sendo seriamente assumido que “*damos sentido para tudo o que fazemos (antes, durante ou depois da ação), dentro de uma realidade (imediata ou proposta), intralingüística, socialmente negociada e construída*”(1994:8).

A linguagem, para SHOTTER, é um instrumento ou ferramenta psicológica pela qual estabelecemos diferentes relações com os que nos cercam e produzimos sentido para nossas circunstâncias. Essas circunstâncias são parcialmente estruturadas e o sentido que damos ou emprestamos a elas dá uma forma e possibilita a comunicação desse sentido aos que estão ao nosso redor e que falam a mesma linguagem.

SHOTTER afirma ainda que essa compreensão da linguagem (instrumento que “dá forma”, e não função referencial de uma realidade, é um dos aspectos do que é conhecido como construcionismo social.

Na abordagem construcionista (GERGEN,1985) é questionada a correspondência entre o mundo experienciado e os termos pelos quais ele é entendido. “*Como as palavras podem mapear a realidade se o seu uso é dado pelo contexto lingüístico?*” (1985:267). Os termos pelos quais o mundo é entendido são “*artefatos sociais*”, ou seja, “*produtos dos intercâmbios historicamente situados. O processo de conhecer não é automaticamente acionado pelas forças da natureza mas é o resultado de um empreendimento ativo e cooperativo de pessoas interrelacionadas*” (ibidem:267).

SPINK, ao focalizar a microgênese da representação e as relações face a face, considera as práticas discursivas como o dado empírico

por excelência e a produção do sentido como um processo que já não traz nenhuma amarra com o representacionismo. Na microescala das interações, o que está em pauta *não é o conhecimento como conteúdo e sim conhecimento como produção de sentido. Produção de sentido é essencialmente uma prática social, intrinsecamente dialógica, portanto, discursiva* (1995).

Concluindo, produção do sentido, enquanto processo, nos compromete com a abordagem construcionista, tendo como pano de fundo os conhecimentos compartilhados, mas destacando-se muito mais as diferenças do que as semelhanças, mais o processo do que o produto, mais a dinâmica do que a cristalização ou a fixidez.

Produção de sentido, polissemia e polifonia - Vivemos num mundo de sentidos conflitantes e contraditórios. Lidamos não com o sentido dado pelo significado de uma palavra ou conceito que espelham o mundo real, mas com sentidos múltiplos, o que nos leva à escolha de versões entre as múltiplas existentes. Lidamos com uma realidade polissêmica e discursiva, inseparável do sujeito que a conhece.

Versões compartilhadas por diferentes grupos sociais e cristalizadas em discursos oficiais ou institucionalizados são difusamente veiculadas pelos meios de comunicação e pelo próprio mundo interanimado em que vivemos. Ao longo de sua história de vida, o indivíduo vai se posicionando e buscando uma coerência discursiva, recolhendo e processando narrativas que vão lhe dar a identidade.

Se vivemos num mundo de sentidos, é inútil buscar a realidade além do sentido atribuído por todos. O que precisa ser captado é o esforço de produzir sentido, entendido como atividade criativa de um sujeito histórico e discursivo,

A abordagem construcionista na Psicologia vem resgatando o conceito bakhtiniano de voz, o que acentua o distanciamento de metáforas visuais, como afirma SHOTTER, transformando a polissemia em polifonia, as

múltiplas versões em “vozes”. *A polissemia é o resultado de aparecerem juntas no tempo presente da interação múltiplas vozes que ecoam em nossos encontros sociais no tempo vivido e a experiência acumulada de um tempo histórico* (SPINK,1996).

Em outras palavras, o sentido é produzido interativamente e a interação presente não inclui apenas alguém que fala e um outro que ouve, mas todos “os outros” que ainda falam, que ainda ouvem ou que, imaginariamente, poderão falar ou ouvir. É sob esse ângulo que o diálogo amplia-se, incluindo interlocutores presentes e ausentes.

3. A entrevista inicial : uma análise discursiva.

As propostas teórico-metodológicas trazidas pelos diferentes autores consultados apareceram como instigantes e renovadoras, possibilitando a compreensão do processo que leva o usuário a procurar um serviço de saúde mental ou a aceitar os encaminhamentos feitos por outros profissionais a esse tipo de serviço. Implica, por outro lado, deliberadamente, desfazer-nos de categorias diagnósticas e aproximarmo-nos da versão deste “outro” para entender melhor como se constrói sua queixa ou seu pedido de ajuda., captando a mobilidade das interações verbais nesse contexto.

O encontro entre o usuário e o profissional (ou o serviço), em consulta ou sessão de triagem, acontece por meio da interação verbal, prestando-se à análise das práticas discursivas que estão em jogo. Essa situação não tem toda a mobilidade das interações verbais do cotidiano, objeto das análises de GOFFMAN e HARRÉ, pois é marcada por posições social e institucionalmente estabelecidas: uma pessoa que pede ajuda a outra a quem é atribuída uma posição de autoridade, competência social para dar respostas, conselhos, indicações, diagnósticos. Aparentemente, trata-se de uma situação predefinida ou *pré-fabricada*, como diria GOFFMAN, ou uma situação em que os

papéis prescritos são os mais atuantes, embora não determinantes, uma vez que assumimos ocorrerem negociações sutis devido ao posicionamento dos interlocutores. A análise das falas nesta situação (linhas de história, personagens introduzidas, interação com a entrevistadora) possibilitam o entendimento desse posicionamento, como definiram DAVIES e HARRÉ, identificando melhor quais os *se/ves* presentes nessa situação e quais as coerências e contradições de tal apresentação. Qual a linha narrativa que o indivíduo seleciona? Quais os argumentos que utiliza para se incluir ou excluir do atendimento em saúde mental?

As personagens que aparecem em seu relato são parte desse argumento. Quando se pergunta ao cliente qual a história de seu “problema”, ele vai selecionar trechos de sua experiência que incluem ele mesmo em diferentes fases de vida e os outros com ele relacionados.

BERLINGUER (1988), ao discutir a doença como sofrimento, afirma existirem, para o fenômeno doença, quatro dimensões: estar doente, sentir-se doente, identificar a doença e poder estar doente. Cada um desses níveis, segundo ele, está relacionado ao contexto sócio-histórico e são interrelacionados entre si. São trazidos vários resultados de pesquisas mostrando, por exemplo, como determinados sinais são percebidos como doença por um grupo social e não por outro. Isso é explicado não só por diferentes repertórios de informação, mas também pela diversidade de condições de vida e de trabalho. Entre populações mais pobres, determinados sinais, como - inapetência, dor nas costas, fadiga - são considerados normais e, portanto, não constituem motivo para uma consulta médica, o que não ocorre em populações de maior poder aquisitivo (KOOS, 1954, citado por BERLINGUER).

Reinterpretando Berlinguer, diríamos que é dado sentido ao mal-estar e dar sentido, com certeza, inclui a maioria das dimensões apontadas pelo autor. Quando o usuário procura um serviço de saúde, qualquer que seja a natureza de seu sofrimento, vai ter que recorrer aos relatos verbais referentes

ao seu mal-estar, buscando um sentido para o sofrimento para o qual pede atenção e solução. A clássica pergunta que inaugura a relação do profissional de saúde com seu cliente “Qual o motivo de sua vinda? Qual o seu problema?” pede uma resposta que é a busca de sentido para o mal que o aflige. Sem a atribuição de sentido, não haveria “queixa”, nem a procura de uma ajuda ou a efetivação de outras ações que aliviam o sofrimento.

Para responder às perguntas feitas, a pessoa recorre às informações que circulam em seu meio, processadas por ela através de sua experiência e que, na situação de consulta, são agrupadas e ressignificadas, tendo em vista a interação que aí se estabelece. Ao mesmo tempo, o sentido dado à situação presente é prenhe de funcionalidade, dado que, a partir desse contato, será definida a resposta da instituição ao problema.

Quando SPINK (1995b) discorre sobre a polissemia e a multiplicidade de narrativas sobre os eventos do mundo, afirma que, num contexto de relação socialmente instituída (como, por exemplo, a do profissional da saúde com o cliente), a argumentação tende a ser afetada pela assimetria da relação, inibindo o aparecimento da polissemia. O sentido é dado em função do contexto. No entanto, há a possibilidade de aparecerem múltiplas narrativas dentro dessa aparente unidade, recorrendo a pessoa - muitas vezes de forma contraditória - a discursos médicos ou psicológicos, a saberes populares e a conhecimentos divulgados através dos meios de comunicação.

Tratar discursivamente o tema é poder ir além do que aparece como dado e mergulhar na situação, buscando captar ações (interações) verbais como parte de um contexto extremamente dinâmico. Significa abordar o tema negando a naturalização dos pedidos e dando novas conotações à sobre-determinação social e\ou cultural dos mesmos.

PROCEDIMENTOS: OBTENÇÃO DE DADOS E ANÁLISE

A abordagem do problema, levando-se em conta os aspectos a serem investigados e a opção epistemológica feita, será através de pesquisa qualitativa, entendida como um estudo interpretativo de um problema na versão do pesquisador (BANISTER, P. et al., 1994). Nesse sentido, a descrição dos procedimentos (limites e dificuldades inclusive) de coleta e análise do material pretendem deixar o processo de coleta e interpretação dos dados visível para os interlocutores, abrindo possibilidade para o debate. Abandonados os propósitos retóricos de convencimento sobre a verdade descoberta, aceitamos, de antemão, que há uma brecha entre as situações estudadas e a interpretação relatada pelo pesquisador. Essa brecha pode ser preenchida pelo leitor, e a riqueza do debate dependerá, em grande parte, das condições que oferecemos para que isso ocorra.

1. Definindo um local como ponto de partida da pesquisa

A escolha de uma Unidade Básica de Saúde como local de realização da pesquisa deve-se à busca de uma compreensão mais apurada do processo que leva a população usuária de serviços públicos de saúde (em geral, uma população de baixa renda) a solicitar, entre os serviços disponíveis e oferecidos pela instituição, o atendimento em saúde mental. A proposta de integralidade de ações na rede básica de saúde e a presença de diferentes profissionais garantiriam, em princípio, que a procura do serviço pudesse ser não apenas espontânea mas também consequência de encaminhamentos internos.

De início, pretendíamos desenvolver a pesquisa na rede básica da Prefeitura Municipal de São Paulo, tendo realizado um levantamento inicial

para conhecer os diferentes procedimentos de triagem utilizados em Saúde Mental. Essa proposta não foi viável dada a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) e a conseqüente desarticulação dos serviços e das equipes de saúde mental que vinham respondendo por eles.

Em função disso, decidimos realizar a pesquisa no Centro de Saúde .Escola Barra Funda (CSEBF), ligado ao departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e mantido, através de convênio com a Secretaria de Saúde do Estado, e, mais recentemente, com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para chegar a essa decisão, consideramos os seguintes aspectos:

1) O C.S.E. Barra Funda, embora pertencendo a uma instituição de caráter privado (Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa) e tendo características próprias de uma unidade que visa, além de prestar serviços à população, ao ensino e à pesquisa na área da saúde pública, tem, através dos anos, refletido, de algum modo, as políticas de saúde do país.¹ Atualmente, funcionam, no C.S., programas bastante semelhantes aos encontrados na rede básica de saúde pública estadual e municipal (pelo menos antes da implantação do PAS), programas esses que pretendem integrar as ações coletivas relacionadas ao que tradicionalmente se entendia como Saúde Pública e as assistenciais, correspondentes ao atendimento clínico. Isso garante a presença de diferentes profissionais e especialidades médicas, fator condicionante para nossa escolha.

2) Atendendo a seus objetivos de ensino e pesquisa, o CSEBF oferece estágio para os alunos da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa e tem aberto possibilidade de estágio para alunos dos cursos de Psicologia, Serviço Social e Fonoaudiologia da PUCSP. Desde 1992, alunos de

¹De algum modo, tendo em vista sua autonomia técnico-administrativa, que faz com que possa se contrapor a essas políticas (o que ocorreu na época de sua fundação) ou implementar serviços que seguem os princípios da Reforma Sanitária, como acontece no presente.

7º e 8º períodos do curso de Psicologia vêm realizando estágios em saúde coletiva no CSEBF, sob nossa supervisão, o que nos permitiu conhecer diretores e profissionais que lá trabalham. A relação já existente e os próprios objetivos do CSEBF criaram condições favoráveis para a realização de nossa pesquisa.

2. Negociando procedimentos

O projeto foi inicialmente discutido com o diretor do C.S e com a equipe responsável pelo atendimento de adultos no programa de Saúde Mental. Dado que a pesquisa previa a realização de entrevistas com usuários em atendimento no C.S, houve o cuidado em não alterar os procedimentos institucionais regulares e, especificamente, o atendimento das pessoas. Os procedimentos foram definidos levando-se em conta os objetivos da pesquisa, a rotina da instituição e o interesse dos profissionais e da clientela. Nessa negociação, a preocupação mais clara dos profissionais era a de estar criando uma imagem negativa do programa para os usuários e os outros profissionais do CS, dificultando a integração do Serviço de Saúde Mental com os demais, sendo esta uma das metas da equipe atual. Por esse motivo, não foi aceita a gravação das sessões de triagem, podendo o fato constituir-se em comentários depreciativos sobre o atendimento dado no setor.

Os procedimentos assim negociados incluíram três etapas:

1 - Num primeiro momento, foram feitas observações em diferentes setores do CS, através das quais foi possível vivenciar o seu cotidiano, acompanhando o percurso do usuário desde a matrícula até o agendamento na Saúde Mental.

2 - A partir dessa observação, definimos com a equipe de Saúde Mental a estratégia de abordagem dos possíveis participantes da pesquisa. Ficou estabelecido que a pesquisadora participaria das sessões de triagem em grupo, ocasião em que seria apresentada às pessoas, seria exposto sucintamente o tipo de trabalho a ser realizado e a possibilidade de entrevistas individuais, assinalando que a participação das pessoas seria voluntária e sem implicações no seu atendimento no C.S..

3 - A entrevista, por decisão nossa, seria realizada na residência das pessoas, aproximando-nos dos participantes e desvinculando-os, em parte, do atendimento formal do CS. A intenção de realizar as entrevistas no local de moradia levou-nos a excluir, desde o início, os usuários trabalhadores de empresas do bairro cadastradas no CS.

3. Definindo e contatando os participantes

Após a sessão de triagem em grupo, foi feito o contato com os participantes e a entrevista foi marcada após o agendamento de consulta individual com o psicólogo ou psiquiatra. Desse modo, não só acentuaríamos o caráter voluntário da participação, como evitaríamos interferências no atendimento, caso ele já tivesse sido iniciado.

Foram observadas quatro sessões de triagem e entrevistadas quatro pessoas. Selecionamos dois casos para análise por corresponderem a duas situações típicas da relação entre usuário e serviço de Saúde Mental:

- uma pessoa que “espontaneamente” se matriculou no C.S. e procurou atendimento em Saúde Mental;

- uma pessoa que já havia sido atendida em outros programas do C.S. e foi, por eles, encaminhada à Saúde Mental.

As entrevistas foram realizadas na residência das pessoas, em horário previamente combinado e seguiram um roteiro básico , com os seguintes tópicos:

- motivo da procura de atendimento em Saúde Mental;
- identificação e explicação do “problema” através da história de vida;
- ajudas anteriores, de profissionais ou não, e avaliação sobre sua efetividade;
- percurso seguido no C.S., desde a matrícula até a sessão de triagem.

A maior parte desses tópicos está, em geral, presente em consultas iniciais ou sessões de triagem. A diferença está na flexibilidade que permitiu ao entrevistado a inclusão e o desenvolvimento de temas associados aos tópicos, além da não-exploração, por parte do pesquisador, de temas que pudessem sugerir linha de hipóteses diagnósticas.

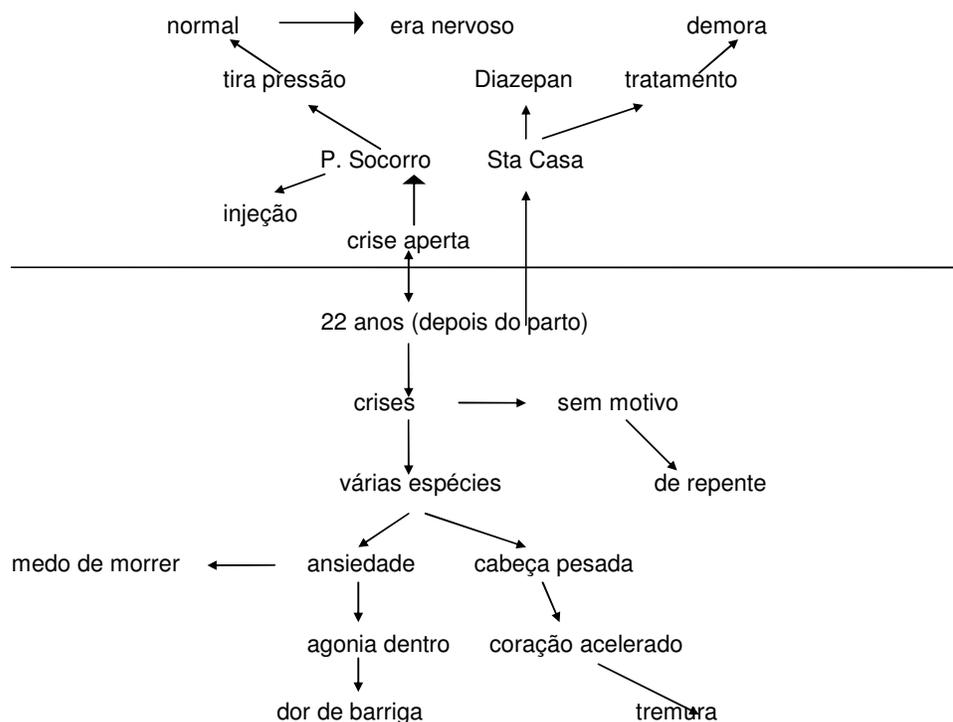
4. Analisando as entrevistas

A análise das entrevistas seguiu, de um modo geral, as fases descritas por SPINK (1994a,1994b,1994c) e que têm sido objeto de discussão e aprofundamento no Núcleo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde, que vem trabalhando com análise de discurso e produção de sentido na área da saúde, no programa de Psicologia Social.

1) A transcrição, leitura e releitura das entrevistas, a “imersão” no texto, como é referido por GILL (1996), é a primeira e importante etapa. Essa apreensão global da entrevista, em seus aspectos dinâmicos e interativos, tornou possível captar unidades significativas - que vão além de palavras e frases - e unidades que não devem ser abstraídas do contexto da própria entrevista. Dessa familiaridade com a entrevista, emergiram os temas introduzidos pela entrevistadora ou entrevistados, tendo o objetivo da pesquisa como pano de fundo. Os temas correspondem a uma primeira organização dos dados.

2) As falas do entrevistado referentes ao problema que o aflige e que motiva a ida ao Centro de Saúde foram organizadas cronologicamente através do que estamos chamando de **linha narrativa**, possibilitando o entendimento dos diferentes trechos dentro da história de vida, tal como é apresentada pela pessoa. Foi incluído, neste gráfico, o detalhamento também esquemático (**árvores**) das associações feitas para se posicionar (argumentando, explicando, relatando) em relação a determinados temas.

Exemplificando, apresentamos parte da linha narrativa correspondente à entrevista 1 (vide pág. seguinte)



A linha central representa a cronologia dos eventos relatados; na parte superior, as ajudas procuradas (local, o que foi feito e dito, avaliação); e, na parte inferior, as manifestações do sofrimento, as explicações dadas. Foram utilizadas palavras chaves que reproduzem esquematicamente as falas da pessoa entrevistada.

3) Em seguida, foi destacado o que denominei personagens da história, evocadas pela pessoa entrevistada para dar consistência à sua história ou argumento. Foi destacada, também, a forma como aparece no relato o “eu”, como se articula com as personagens e com a própria entrevistadora, indicando o posicionamento do *self*.

4) Os trechos da entrevista referentes ao sofrimento psíquico, ajudas profissionais e atendimento no C.S. foram transcritos, respeitada a seqüência da enunciação, em colunas correspondentes às categorias descritivas que emergiram dos objetivos da pesquisa e da leitura da própria entrevista. Esse mapeamento corresponde à técnica de análise utilizada por SPINK e GIMENEZ (1994), denominado pelas autoras de Mapas de Associação de Idéias e é apresentado em quadros referentes a:

- sofrimento psíquico: como nomeia, como descreve, como explica, o que falam os outros;
- ajudas profissionais: como chega, onde chega, quem atende, o que diz, o que faz o profissional, como avalia;
- Centro de Saúde: como chega , quem atende, o que falam, como avalia.

Na entrevista 2, foi acrescentada uma coluna referente à religião e um quadro referente à sexualidade, temas que emergiram da entrevista e destacaram-se no relato.

Exemplificando, apresentamos, na página seguinte, parte do Mapeamento referente às ajudas profissionais que aparecem na entrevista 2.

NOMEAÇÃO	DESCRIÇÃO	EXPLICAÇÃO	OS OUTROS
<p>R28.....e eu fui me perturbando então foi quando aconteceu a minha primeira crise, aos 17 anos</p> <p>Este baixo astral</p> <p>O29- <i>Que idade você tinha quando começou?</i></p> <p>R30- Na fase dos 12 anos. e aos 17 eu estava quase para ficar louca. Isto é o que eu chamo de loucura. O que aconteceu,</p>	<p>Eu desmaiava...,</p> <p>eu não conseguia estudar mais,</p> <p>Parei com o estudo...Parei...Eu era uma pessoa feliz, contente...</p>	<p>porque era uma coisa assim que não dava para explicar, não tinha explicação</p>	<p>eu tinha vergonha de tudo e de todos, me sentia pior que todo mundo, cê entendeu?</p>

Na primeira linha, aparecem as categorias descritivas utilizadas no item, e o trecho da entrevista que inclui as respostas da entrevistada (R28 e R30) e uma pergunta da entrevistadora (O29) foi desdobrado, seguindo a ordem das falas, de acordo com as categorias.

III - O CONTEXTO INSTITUCIONAL

As pessoas por nós entrevistadas eram usuárias do Centro de Saúde Escola Barra Funda (CSEBF) que foram encaminhadas ou procuraram a Saúde Mental para consulta. Mesmo considerando que nossas entrevistas não foram incluídas na rotina dos atendimentos, o contexto institucional não poderia ser ignorado, pois as pessoas já haviam sido atendidas e encaminhadas por profissionais do Centro de Saúde, e participado de uma sessão de triagem em grupo na Saúde Mental. Para entender esse contexto fomos buscar os dados constantes de pesquisas existentes (MERCADANTE 1972; ANDRADE, G. DE A et al, 1996), além de nos baseamos em observações e informações obtidas em entrevistas com profissionais do Centro de Saúde. Buscamos entender especificamente neste contexto os procedimentos que definem o percurso do usuário desde a matrícula, até o encaminhamento para a Saúde Mental.

1. Breve história do Centro de Saúde Escola Barra Funda

O CSEBF foi criado em 1967, como um Centro de Saúde Experimental. Nessa época, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, na gestão de Walter Leser, se propunha a implantar reformas administrativas e investir na formação e reciclagem de recursos humanos para a Saúde Pública. Com isto estaria fortalecendo as ações da área, que vinham sendo relegadas a segundo plano pelo poder público que dava prioridade a assistência médica individual e curativa. Havia o propósito de implantar em todo o estado uma rede de Centros de Saúde que atuassem em territórios geográficos definidos. Os objetivos desses centros eram prioritariamente a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o saneamento e educação em saúde (ANDRADE, G. DE A et al; 1996).

Os Centros de Saúde Experimentais, ligados às Faculdades de Medicina e mais especificamente aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social - que respondiam pela área da saúde pública - , seriam, além de locais de formação e aperfeiçoamento de pessoal, experimentadores de modelos que pudessem vir a ser implementados na rede. Enquanto política de saúde isso correspondeu a um movimento mais amplo na área para a revalorização da Saúde Pública, e uma visão de saúde positivamente definida e não apenas entendida como ausência de doença.

A fundação do CSEBF, além de ir ao encontro dos propósitos da Secretaria, veio atender à necessidade do Departamento de Medicina Social da FCM da Santa Casa de ter um campo de prática em saúde pública para seus alunos.

É nesse contexto que é criado o CSEBF, desde a sua fundação mantido por convênio entre a mantenedora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa (Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho) e a Secretaria de Estado da Saúde. Segundo MERCADANTE (1972) o CSEBF, embora de natureza privada, foi reconhecido pelo Estado como unidade de Saúde Pública que desenvolveria as suas ações junto à população do distrito da Barra Funda.

Em sua proposta inicial, as ações deveriam ser programadas tendo em vista as necessidades da população da área. Estas ações eram planejadas a partir de uma visão biopsicossocial da saúde, fundamentando-se nas idéias introduzidas pela disciplina de Medicina Preventiva. Além de noções de higiene, educação e campanhas de vacinação, tradicionalmente reconhecidas como atividades de um Centro de Saúde, foram introduzidas ações de natureza preventiva referentes ao diagnóstico precoce de patologias. Esta redefinição de atividades dos Centros de Saúde está, segundo SCHRAIBER e GONÇALVES (1996), relacionada à criação da disciplina de Medicina Preventiva fundamentada na História Natural das Doenças (LEAVELL E CLARK; 1976). Com sua visão hierarquizada da evolução das doenças e das intervenções, propõe a prevenção primária, incluindo neste nível atividade diagnóstica. Entre os programas mencionados por MERCADANTE (1972) não

encontramos menção explícita a um programa de Saúde Mental, sendo em 1971, segundo relato oral de funcionários antigos do CS o início de atividades nesta área.

Nos dez anos seguintes à sua fundação o CS manteve o espírito do projeto inicial, sendo considerado referência na área da Saúde Pública. Na década de 80 sofreu o impacto do movimento da Reforma Sanitária, que, através de alguns de seus princípios, punha em cheque o próprio modelo de uma unidade que limitava os seus objetivos ao desenvolvimento de ações de saúde pública, no sentido tradicional do termo (programação de ações a partir de prioridades epidemiologicamente definidas). Isto se contrapunha à proposta de integralidade de ações de saúde (preventivas e assistenciais) que deveriam ocorrer a partir das Unidades Básicas, porta de entrada ao sistema como um todo. Mesmo os atendimentos em consultas não programadas, tido como “excepcionais”, deveriam estar integrado às propostas do serviço como um todo. Além disto, o fato do CS estar ligado administrativamente à Secretaria de Estado da Saúde ia contra o princípio da descentralização e municipalização dos serviços de saúde, outra proposta da Reforma Sanitária.

Embora não existam análises específicas sobre a questão do pronto atendimento, acreditamos que possamos transpor para o CSEBF as análises feitas por SCHRAIBER, NEMES E GONÇALVES (1996) a partir das ações desenvolvidas no CSE Butantã, pois tanto um quanto o outro sofrem direta ou indiretamente o impacto das políticas públicas estaduais de saúde. Afirmam os autores que há no período de 80-87 uma reorientação geral dos equipamentos com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde em São Paulo. Determinado em parte pela crise assistencial global na área da saúde há uma pressão para transformar todas as ações em padrão assistencial do pronto-atendimento. Essa pressão se fazia sentir por parte da população usuária do serviço que pedia atendimento sem hora marcada, além da pressão de demanda por esse tipo de atendimento por parte da população ainda não usuária”(ibidem,1996:26). Segundo DALMASO “*em uma sociedade como a brasileira, carente dos mais diversos tipos de serviços públicos e cada*

vez mais doente, o acesso á consulta médica, principalmente a realizada de forma imediata, passou a ser muitas vezes considerado problema premente e direito básico da população” (1996:151). Parece-nos que a pressão por atendimentos “excepcionais” no CSEBF pode ser entendida da mesma forma na medida em que o modelo não é apenas teoricamente questionado mas o é enquanto serviço.

Os aspectos acima apontados são considerados (ANDRADE,G. de A. et al;1996) como fatores que levaram ao enfraquecimento dos vínculos entre o CSEBF e o Departamento de Medicina Social da FCM da Santa Casa. Nessa época o departamento passou a concentrar seus interesses no projeto de Integração Assistência e Docência do Ministério da Saúde, passando os alunos de medicina da Santa Casa a realizarem seus estágios na rede pública municipal, mais especificamente na V.Brasilândia, seguindo uma concepção que o ensino deveria ser feito em condições reais e não modelares.

Nessa época, professores do curso de Psicologia da PUCSP, responsáveis pelo estágio em Psicologia na Comunidade, propuseram atividades a serem desenvolvidas coincidentemente no mesmo bairro. Este fato levou a uma aproximação da PUCSP com o Departamento de Medicina Social da Santa Casa, buscando a integração de estudantes de diversas áreas (medicina, enfermagem, fonoaudiologia, serviço social, psicologia), tendo sido cogitada na época a implementação de convênio entre as duas instituições e o Ministério da Saúde. através do Projeto de Integração Docência Assistência (PIDA), o que não se efetivou.

Em 1992, houve uma reestruturação e revisão de propostas de serviço do CSEBF, seguido por um período conturbado de mudanças de chefia e conflitos internos. O contato direto da PUCSP com o Centro de Saúde ocorreu no ano de 1993, através do então existente Conselho de Ensino do CS, abrindo a possibilidade de estágio em Saúde para os alunos de graduação da Psicologia da PUCSP, estágio esse que vem ocorrendo até o presente. A chefia atual, iniciada em julho de 1994, assumiu tendo como objetivo o enfrentamento dos

problemas internos, a reaproximação do CS. com o Departamento de Medicina Social e a revisão do modelo de funcionamento.

As mudanças de chefia e os conflitos internos em alguns momentos se fizeram sentir nos estágios dos alunos por nós supervisionados, visto que a nossa entrada na instituição corresponde à fase conturbada apontada na pesquisa. Às dificuldades inerentes à relação de duas instituições e suas diferenças se somavam essas circunstâncias que nunca puderam ser claramente debatidas. A nossa interpretação é que o Centro de Saúde continua protegendo a sua imagem de Centro Escola e modelo. Muito mais do que um levantamento histórico o Centro de Saúde necessitaria de uma análise institucional que permitisse a eclosão de todos esses conflitos que se manifestam em algumas situações e que parecem emperrar o andamento de alguns projetos incluindo os que incluem os estagiários de psicologia.

2. O CSEBF hoje

O CSEBF está sediado em imóvel construído para essa finalidade no bairro da Barra Funda, numa região onde existem poucas residências, dado que a avenida onde está situado é um corredor de passagem para bairros vizinhos. O CS sempre manteve a idéia de atender uma área geográfica definida, que atualmente abrange os bairros de Barra Funda (baixa) Bom Retiro e uma parte de Santa Cecília. A população desses bairros, potencialmente usuária do serviço, é bastante heterogênea. Abrange desde moradores antigos do bairro da Barra Funda até trabalhadores de empresas comerciais ou industriais instaladas na região, além de moradores de rua e profissionais do sexo que são habitantes atuais dessa região da cidade. O CS, além de atender a famílias que residem nesses bairros, atende também aos trabalhadores de empresas cadastradas, situadas na sua área de abrangência.

No CS atualmente são desenvolvidos os seguintes programas:

- atenção à saúde do adulto que inclui sub-programas específicos: crônicos, saúde da mulher, saúde do trabalhador, saúde mental e atendimento clínico de patologias que não se enquadram em ações definidas pelos subprogramas citados.
- saúde da criança
- saúde bucal
- núcleo de epidemiologia e estatística.

Pelo tipo de serviço prestado fica evidenciada a aplicação do princípio da integralidade de ações o que é explicitamente formulado na apresentação do plano do CSEBF para 1996: *“a assistência médica deve se integrar a um conjunto de outras ações definidas por um olhar essencialmente epidemiológico e interdisciplinar, com articulação pluriinstitucional, visando garantir a atenção integral, individual e coletiva, às necessidades de saúde da*

*população da B.Funda*² Nele trabalham médicos (clínico geral, ginecologista, pediatra, psiquiatra, sanitarista) dentista, enfermeiras e auxiliares de enfermagem, psicólogas , assistentes sociais, auxiliar de consultório dentário e auxiliares administrativos.

Segundo estatística de atendimentos ocorridos no primeiro semestre de 1996 (época em que foi realizada a pesquisa) a população usuária é constituída predominantemente por mulheres, a maioria com idade entre 20 e 49 anos . Em segundo lugar aparecem crianças de ambos os sexos.

Conforme observação feita nas diversas ocasiões em que estivemos no CS em dias e horas variadas, há um fluxo incessante de usuários (grande número de mulheres e crianças), com pico nas primeiras horas do período matutino. Não há filas ou aglomerados de pessoas nas salas de espera dos diversos programas. A disposição dessas salas, todas voltadas para um pátio interno, parece contribuir para a distribuição organizada deste fluxo. Existe um movimento de revitalização do CS que é percebido na redistribuição do espaço físico, na redefinição dos procedimentos rotineiros de matrícula e agendamento, na renovação da pintura e no aparente aumento de movimento.

3. O programa de Saúde Mental

Não há dados precisos sobre o início de serviços nesta área no CS. A época apontada é próxima à de sua fundação (1971) havendo desde então a presença de psiquiatra e depois, em data não precisada, de psicólogo.

Hoje o programa conta com dois psiquiatras, duas psicólogas, uma enfermeira e duas auxiliares de enfermagem treinadas para darem atendimento no programa³, além da participação esporádica de assistente social

²Trecho transcrito do plano específico para 1996

³ O treinamento foi iniciado tendo em vista a redefinição de funções das atendedoras da Saúde Mental. Para isso , além de discussão com a enfermagem de outros equipamentos que prestam serviços nesta área, as

em determinadas atividades. O atendimento de adultos fica a cargo da equipe da manhã e o de crianças da equipe da tarde. Esta divisão em várias ocasiões foi comentada como merecedora de reestudo.

Segundo plano oficial do CS para 1996, o trabalho de assistência em saúde mental tem uma diretriz prioritariamente psicodinâmica. São feitas terapias breves individuais, terapia grupal, grupos de orientação de pais além de consultas psiquiátricas. A terapêutica medicamentosa é utilizada, sempre que necessário, como coadjuvante dos recursos psicoterápicos. É também mencionada a assistência indireta aos usuários, através da participação em outros programas da unidade, discussão de casos e orientação de profissionais.

A partir das relações estabelecidas com o Centro de Saúde e mais especificamente com a Saúde Mental em função dos estágios dos alunos de psicologia da PUCSP pudemos constatar que o desenvolvimento do trabalho neste setor fica, em grande parte, na dependência das propostas dos profissionais que nele trabalham e, muitas vezes, das relações que se estabelecem entre esses e os demais.

Os profissionais que há aproximadamente dois anos respondem pela Saúde Mental do Adulto, foram bastante cautelosos em suas respostas referentes ao que fundamenta a sua proposta de trabalho. Preferem não falar em **política** de Saúde Mental assumida institucionalmente, mas sim em **diretrizes**, definidas pelas idéias partilhadas pelos profissionais da Saúde Mental e que orientam o seu trabalho.

Procuram discutir a questão a partir da demanda, não no sentido de apenas responder a ela mas de a transformar ou reverter. Enfrentam, no cotidiano, a demanda de usuários antigos do CS que se habituaram a recorrer à Saúde Mental apenas para renovar receitas de medicamentos. Alguns desses casos, dado o grau de comprometimento, necessitariam de terapêuticas

enfermeiras da Barra Funda fizeram estágio de 30 dias no C.S.E do Butantã, onde puderam vivenciar o cotidiano do trabalho das enfermeiras junto ao Programa de Saúde Mental e participar de discussão de casos.

mais intensivas, inexistentes em uma unidade básica de saúde. Na medida do possível são encaminhados ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial da Secretaria Estadual de Saúde) situado em região próxima. Em outros casos, busca-se discutir a situação com o paciente, sugerindo, além da psicoterapia, atividades diversificadas existentes no bairro (ex. atividades esportivas). Mesmo em se tratando de casos novos o critério para o atendimento é o diagnóstico do caso e a avaliação das possibilidades de responder ao tratamento clínico, psiquiátrico e psicoterapêutico, oferecidos pelo CS.

De forma geral a equipe tem procurado priorizar ações que visam o acolhimento do indivíduo na Saúde Mental e o que denominam “*questionamento e reflexão sobre a vida*”.

O acolhimento é definido como a recepção do usuário, através da qual procuram estabelecer uma relação empática, receptiva às questões afetivas e a oferta do serviço de Saúde Mental como espaço legítimo para a expressão de suas emoções e dificuldades. Além disso se propõem a questionar com as pessoas que os procuram, num trabalho coparticipativo “*o que querem da vida, como se posicionam, a que tensões estão submetidos nas várias esferas da vida e como essas tensões se manifestam, como sintomas físicos, sentimentos e emoções e em suas relações; se possível pensar em modificações de seus posicionamentos e relações de forma mais integrada com tudo o que a pessoa sente e vive, não entendendo isto como conduta adaptativa mas numa visão dinâmica de homem*”⁴

Essas diretrizes, segundo eles, permeiam todas as ações que desenvolvem, incluindo-se no caso a sessão de triagem em grupo. A forma como conduzem essas sessões e as intervenções verbais que pudemos registrar em nossas observações são coerentes com as propostas explicitadas. Em algumas falas registradas por nós é acentuada a relação dos “sintomas” com a vida de cada um, bem como a importância das relações humanas e do contexto social para a saúde mental.

⁴Trecho transcrito da entrevista realizada com os profissionais.

A equipe de Saúde Mental do Adulto com a qual tivemos maior contato tem como uma de suas metas, a maior integração com os outros programas. Não consideram sinônimo de integração a participação isolada da psicóloga em projetos de outros programas - o que já ocorre - e nem as consultas freqüentes de outros profissionais ao psiquiatra solicitando orientação. Foi proposta pela Saúde Mental ficha a ser preenchida pelo profissional que encaminha o usuário para o programa explicitando os motivos desse encaminhamento. Na verdade, a partir da ficha pretendiam desencadear a discussão de casos, e por meio dela chegar a uma visão mais integrada do indivíduo atendido. Embora a ficha tenha sido adotada, houve resistências para aceitar a discussão do caso pois, em sua maioria, os médicos consideram suficiente tomar conhecimento dos procedimentos que ocorrem em cada setor, respeitadas a especificidade de cada um.

No plano organizacional são feitas reuniões periódicas com os profissionais que se inserem no programa de Saúde do Adulto e da Criança onde se discutem questões comuns que podem se referir a procedimentos ou discussão de determinados temas. Essas reuniões não tem possibilitado a integração desejada. Poderíamos concluir dizendo que por parte dos profissionais que trabalham na Saúde Mental do Adulto, a integração maior das ações, tal como entendida por eles é meta a ser atingida. No momento, investem mais no fortalecimento da equipe que trabalha na Saúde Mental do Adulto, fazendo reuniões semanais com temáticas variadas , considerando que esse é o primeiro passo indispensável para a relação com as outras equipes e\ou programas.

A partir de observações feitas no local, bem como de entrevistas feitas com profissionais do CS pudemos ter uma visão dos procedimentos rotineiros que definem o percurso do usuário na unidade. Esse percurso é graficamente resumido a seguir:

(Aqui será inserido gráfico)

Qualquer pessoa, para ser atendida no CS, deve se matricular no setor apropriado (1 no gráfico), onde preenche ficha com dados de identificação e sócio-econômicos, o que é feito através de pequena entrevista com a atendente desse setor. Como não existem filas, os atendimentos observados foram feitos de forma acolhedora com disponibilidade dos funcionários para dar as informações eventualmente solicitadas. O atendimento afável observado por nós parece ser característico do Centro de Saúde: um homem explica que foi encaminhado por um colega de trabalho comenta *“...as pessoas falam que aqui atendem bem. As pessoas são educadas e os médicos são bons.....porque, às vezes, as pessoas partem para a ignorância....”*

Embora as pessoas mencionem motivos para matrícula imediata (casos de pronto atendimento) esse não é investigado neste setor. A matrícula é feita por família, procedimento que existe no CS desde a sua fundação. A única exigência feita para matrícula é comprovação de residência ou de trabalho na área geográfica definida, exceto em casos de emergência. Essa regra causa alguns problemas como é o caso observado por nós de uma pessoa que, segundo afirmava, trabalhava em empresa do bairro cujo nome não constava do cadastro do CS. Embora dizendo não estar se sentindo bem foi orientada a buscar um encaminhamento no trabalho e voltar no período da tarde. Comentam as atendentes que algumas pessoas dão endereço de parentes que moram na área para poderem ser atendidas.

Feita a matrícula a pessoa se dirige ao setor de agendamento (2 no gráfico) onde é marcada a consulta com o profissional solicitado pelo

usuário ou o que melhor pode atender a sua “queixa”. Pelo que pudemos observar as pessoas chegam em geral pedindo para marcar a consulta se referindo a especialidade médica - mais freqüentemente ginecologista e pediatra - ou em algumas vezes dão o nome do médico. Um deles (homeopata) é especialmente procurado, o que levou uma funcionária a comentar: *“É fogo! Todo mundo quer o Dr.....”*. Se no setor de matrícula os motivos ou queixas não precisam aparecer, no segundo são freqüentemente mencionados. Algumas pessoas descrevem sintomas que justificam o pronto atendimento, outras explicam o encaminhamento do médico. As perguntas que são feitas são para o esclarecimento necessário para marcação de consulta, embora para os usuários isto apareça como uma oportunidade para falar sobre o que os aflige, principalmente quando se trata de argumentar sobre a urgência do atendimento.

Conforme pudemos observar, quando o encaminhamento é para a Saúde Mental as explicações das pessoas e as orientações dos funcionários se fazem de forma discreta, diminuindo-se o tom de voz, criando-se uma atmosfera de maior segredo. Uma das pessoas que chegou ao setor era uma mulher jovem, que havia se mudado há pouco tempo para o bairro, parecendo tímida e pouco à vontade. Pediu para marcar consulta com psicóloga para o filho, sem mais explicações. Uma outra mulher veio encaminhada pelo médico (ginecologista) e quando a funcionária pergunta (sem necessidade) *“É para o seu filho?”* responde baixinho *“É para mim: o médico mandou”*.

Quando a consulta solicitada pela pessoa ou por médicos do CS é na Saúde Mental, ela deve ser imediatamente encaminhada para um setor de agendamento específico (3b no gráfico) onde é atendida por auxiliares de enfermagem. Não existe nenhuma espera pois as auxiliares ficam disponíveis ininterruptamente durante todo o período de funcionamento do CS.

A auxiliar ouve e registra no prontuário o motivo da procura ou do encaminhamento, obtém breves dados sobre a história de vida da pessoa e agenda a sua participação no chamado grupo de triagem, que ocorre quinzenalmente. Segundo a funcionária, a maioria vem encaminhada por outros

médicos do CS, e em sua experiência percebe que, em geral, as pessoas não conseguem explicar o motivo desse encaminhamento. A partir desse contato, decide também se a pessoa tem condições mínimas de se comunicar em grupo, caso contrário é agendada consulta com psiquiatra ou psicóloga (5 no gráfico). Em caso de urgência presumida é também encaminhada para consulta individual com psiquiatra ou psicóloga ou, caso não estejam presentes, para o clínico geral (4a no gráfico).

A sessão de triagem (4b no gráfico) é coordenada pela equipe e são agendados cerca de nove usuários para compor o grupo, comparecendo em média cinco, segundo informações da atendente, dados esses confirmados em nossas observações. O grupo tem como finalidade acolher as pessoas, entender de forma geral o seu pedido e esclarece-las sobre o trabalho realizado pela Saúde Mental. Essa atividade é considerada importante como início de vínculo com o programa, mesmo que a pessoa não permaneça em atendimento com os profissionais. Trata-se de uma forma de abrir a possibilidade de procura do serviço, quando dele vier a necessitar.

Após a sessão de triagem, via de regra, são marcadas entrevistas individuais com psicóloga ou psiquiatra (5b no gráfico). São atendidos inicialmente pelo psiquiatra os casos que, por suas características, podem necessitar de avaliação médica e/ou psiquiátrica e incluem decisão referente a medicamentos. A psicóloga atende as pessoas que durante a sessão se mostraram disponíveis para a psicoterapia ou orientação psicológica.

Durante a sessão de triagem o papel de psiquiatra e psicólogo é explicado procurando atenuar qualquer tipo de associação de gravidade do caso com o encaminhamento para um ou outro.

A triagem, conforme definida pelos profissionais e as sessões observadas, não chega a ter critérios de seleção diagnóstica como o seu nome sugere. É muito mais um grupo de recepção ou de acolhida, um primeiro contato com o serviço de Saúde Mental e a sua equipe. É o momento em que as pessoas falam de suas expectativas e são informadas sobre a forma de trabalho dos profissionais.

Os números correspondem a seqüência dos procedimentos

-  percurso comum a todos os usuários
-  percurso seguido em caso de urgência (P.A.)
-  percurso de usuários encaminhado para a Saúde Mental
-  percurso seguido em casa de urgência - Saúde Mental

As entrevistas: contexto e análise

Luzia e Rosa foram as duas mulheres entrevistadas. Por motivos diferentes e por meio de encaminhamentos que se deram no próprio Centro de Saúde, ou fora dele, ambas participaram de grupos de triagem na Saúde Mental. A análise das entrevistas tem como pano de fundo o contexto do atendimento no Centro de Saúde, a história desse percurso registrada em prontuário ou observada por nós - grupo de triagem - e a entrevista propriamente dita.

1. Luzia : as crises inexplicáveis

Luzia é uma mulher de 23 anos, casada, com um filho de aproximadamente um ano. Coursou o primeiro grau até a quinta série. Nascida na Bahia, reside em São Paulo há aproximadamente seis anos.⁵ Há um ano fez sua matrícula no Centro de Saúde, quando iniciou o acompanhamento pré-natal com o ginecologista. Após o nascimento do filho, procurou novamente o ginecologista (suspeita de gravidez) dado o “nervosismo intenso”. Considerado caso para pronto atendimento, foi atendida no mesmo dia pelo clínico geral que pediu alguns exames (eletrocardiograma entre eles), receitou medicamento e a encaminhou para a Saúde Mental. Luzia foi entrevistada pela atendente de

⁵ Dados constantes no prontuário do Centro de Saúde.

enfermagem da Saúde Mental que marcou a sua participação no grupo de triagem que ocorreria na semana seguinte.

Na data agendada, compareceram à sessão sete pessoas. Além de Luzia, estavam presentes quatro mulheres e dois homens de idades variadas. O grupo foi coordenado pelo psiquiatra e pela psicóloga. A pesquisadora foi apresentada como psicóloga, sendo introduzido o motivo de sua presença no final da sessão, antes do encaminhamento dado aos clientes.

Feitas as apresentações de cada um dos componentes do grupo, incluindo-se os profissionais e a pesquisadora, foi solicitado que contassem o que os levou a procurar a Saúde Mental. Foram falando sem ordem preestabelecida. Expuseram os seus “sintomas” que variavam desde os de natureza somática (dor no peito, formigamento) aos de natureza psíquica (tristeza, angústia, falta de vontade de viver, tensão, agitação, nervoso, depressão). Uma das participantes fala de suas “crises” e do tratamento medicamentoso que vinha seguindo, explicando, logo depois, que tinha convulsões freqüentes. Luzia toma a palavra em seguida para também descrever as suas “crises”, que poderiam estar relacionadas ao parto, segundo a hipótese do médico que a atendeu na Santa Casa. O tema crise permaneceu no grupo com associações diferentes, alguns mencionando o “ficar esquecido” como crise, o que parece sugerir a perda de controle ou consciência ser o sentido atribuído à palavra.

A maioria das pessoas havia sido encaminhada para a Saúde Mental por profissionais do próprio Centro de Saúde, quase sempre o clínico geral. Embora não conseguissem explicar qual a proposta de tratamento na Saúde Mental, todos aceitaram o encaminhamento dado, tendo um dos participantes dito que “se foi isto que mandaram fazer, deveria ser bom”. Duas pessoas já haviam feito psicoterapia em outras instituições e deram o depoimento sobre os benefícios que auferiram. Após a explicação dada pelos profissionais da forma como trabalhavam, contando genericamente o que seria uma psicoterapia, algumas pessoas comentaram que “deveria ser bom para poder desabafar, falar sobre as próprias coisas”. Os coordenadores do grupo

fizeram intervenções no sentido de esclarecer o que é o atendimento em Saúde Mental no Centro de Saúde, procurando desfazer preconceitos que associam o tratamento à “loucura”, ou mesmo à idéia de que o psiquiatra atende casos mais graves do que o psicólogo.

Ao final da sessão foi explicado o motivo de nossa presença e os objetivos da pesquisa e, em seguida, foi solicitado que as pessoas aguardassem na sala de espera o encaminhamento a ser dado para cada caso e o conseqüente agendamento das consultas.

Ao sair, as pessoas se dispersaram pela sala de espera e pelo pátio vizinho, algumas conversando entre si. Foram, então, abordadas por nós para marcar a entrevista. Percebemos, de pronto, a dificuldade decorrente da proposta de realizar a entrevista em suas casas. Algumas alegaram que trabalhavam em período integral e outras alegaram não ter, em casa, condições (julgamento delas) adequadas para realizar a entrevista. Luzia aceitou, imediatamente, a proposta e marcamos a entrevista para dois dias depois, antes de ter início o seu atendimento na Saúde Mental.

1.1. Entrevistando Luzia

A entrevista foi marcada e realizada na casa de Luzia. Ocorreu um dia após a data marcada, o que é explicado no início da entrevista. Ao chegarmos ao endereço indicado, encontramos uma casa antiga, térrea, subdividida em várias moradias, com um quintal comum e uma única entrada. A rua em que se situa é bastante movimentada com predominância de pequeno comércio e bares. Luzia recebeu-nos em uma sala ampla com móveis simples, bem arrumada, sobressaindo-se um aparelho de TV grande. Durante a entrevista, o filho de Luzia (um bebê de, aproximadamente, 6 meses) permaneceu na sala, sentado no carrinho e foi acudido algumas vezes pela mãe que lhe deu a chupeta, evitando que chorasse. Em determinado momento, Luzia ligou a TV sem som para, segundo ela, distrair o bebê com as imagens. Luzia falou em tom igual, inexpressivo e queixoso. Demonstrou maior vivacidade ao contar as histórias relacionadas aos seus empregos como doméstica e, no final da entrevista, ao fazer comentários a respeito do lugar em que mora.

Em se tratando de entrevista, como já mencionamos em capítulo anterior, a definição das posições é pré-determinada, sendo tácito entre os participantes que, ao entrevistador, cabe introduzir os temas, fazendo perguntas. As respostas de Luzia, às vezes, concisas e outras, mais longas, estavam sempre relacionadas às perguntas que exploravam os temas previamente definidos pelos objetivos da investigação, o que não a impediu de introduzir assuntos associados a eles.

A partir das apresentações feitas no Centro de Saúde, que antecederam a realização da entrevista, havia, de um lado, o psicólogo que fez uma pesquisa sobre o percurso das pessoas que chegavam ao setor de Saúde Mental do Centro de Saúde - psicólogo esse que não trabalhava no local - e, de outro, a pessoa (possível cliente do setor) que se dispôs a ser entrevistada. No início da entrevista, houve uma busca de definição da situação e das posições relativas dos interlocutores: o que está ocorrendo, quem fala e o que é falado.

O 1⁶ - *Faz tempo que você mora aqui?*

L 2- Acho que tem um ano e meio, mais ou menos. Meu marido tem uns sete anos que mora aqui. Depois que casei...Casei no dia 10 de fevereiro e vim para cá.

O 3- *E antes disso?*

L 4 - Antes disso só vinha aqui no fim de semana.

O 5 - *E você trabalhava? O que você fazia?*

L 6 - Eu trabalhava de empregada doméstica lá na Vila Nova Conceição e morava no emprego. Depois que casei...depois que conheci ele, o fim de semana passava aqui. Aí.....Depois que saí de lá, desta casa, nunca mais eu arrumei emprego. O último que eu arrumei faz 22 dias. Eu fui só o primeiro dia. Aí me deu crise.

À nossa primeira pergunta, a fim de estabelecer o diálogo e iniciar a entrevista, Luzia responde com dados objetivos e datas precisas, como se estivesse preenchendo uma ficha, o que a coloca na posição de usuária do serviço, dando à pergunta feita o sentido de registro de informações. A uma pergunta um tanto vaga da entrevistadora (O 3), Luzia responde, usando o local de moradia presente como referência e não ela (onde morava ou o que fazia antes).

Ao se deparar com uma situação desconhecida (entrevista de pesquisa), Luzia utiliza um *enquadre* que dá o sentido para a cena discursiva. A visita domiciliar do profissional do Centro de Saúde tem, entre suas finalidades, a de conferir dados obtidos na matrícula, verificando o local de moradia que é o critério de atendimento, ou seja, as pessoas atendidas devem residir na área de abrangência do serviço. A posição atribuída ao pesquisador é a de alguém do Centro e o sentido da resposta vai nessa direção. A inclusão da crise neste momento também indica que é na posição de possível cliente do serviço de Saúde Mental que Luzia fala.

⁶A letra O indica as falas de Odette (a entrevistadora) e L. as de Luzia (a entrevistada).

A referência ao local torna a aparecer no final da entrevista, apontando a posição conflitiva em relação a ser ou não cliente do Centro de Saúde.

O106 - *Você gostou? (do grupo de triagem)*

L107 - Eu gostei. Gostei. A gente se sente bem mais leve. **Só não sei como é que fica**....Eu sempre falo. Eu moro aqui, mas eu não gosto deste lugar.

Para ser cliente do Centro de Saúde, precisa morar nesse local o que a desagrada. Gosta do atendimento recebido, mas pode perder o direito a ele...E então não sabe como fica...

Essas posições - de psicólogo entrevistador e cliente potencial - se mantêm a grosso modo, embora haja uma mobilidade sutil que pode ser captada em diferentes momentos da entrevista.

1.2 Identificando os temas abordados

Após a transcrição da entrevista e as sucessivas leituras feitas, pudemos destacar quais os temas tratados, quem os introduziu e em que seqüência surgiram, a fim de orientar as análises subseqüentes. Foram eles:

◆ **O lugar onde mora** - O tema é introduzido pela pesquisadora para iniciar a entrevista e Luzia responde às perguntas feitas, dando informações e introduzindo dois outros temas: a **condição de empregada doméstica** e a sua **crise** mais recente.

◆ **A última crise** - Luzia descreve o que chama de crise, e as circunstâncias em que ocorreu. Fala sobre as explicações que os outros e ela mesma dão a isso.

♦ **A vinda para São Paulo** - A entrevistadora introduz o tema e Luzia conta como veio para São Paulo, aos 16 anos, contra a vontade do pai e passou a trabalhar e morar em casa de família.

♦ **A história dos empregos** - É dada continuidade ao assunto já trazido por Luzia no início da entrevista que conta, com detalhes, os diversos empregos que teve até o seu casamento, quando passou a residir na casa atual.

♦ **A história das crises** - A pesquisadora volta ao tema das crises perguntando desde quando Luzia sente os sintomas. Luzia situa a origem dos mesmos aos 19 anos.

♦ **Os atendimentos no Centro de Saúde** - A entrevistadora pergunta como chegou no Centro de Saúde e Luzia conta o seu percurso e além disso relata os atendimentos que teve em outros locais (Pronto Socorro e Santa Casa). Faz comentários a respeito das doenças da família (pai e irmãs).

As doenças familiares - Respondendo às perguntas da entrevistadora, Luzia conta que o pai, por ter sintomas parecidos com o dela, recebe tratamento psiquiátrico e as irmãs têm epilepsia.

♦ **O atendimento na Saúde Mental** - É retomado o assunto do atendimento em Saúde Mental pela entrevistadora e Luzia comenta o que achou da triagem em grupo.

♦ **As condições de moradia atual** - Luzia retoma o tema, comentando sobre as condições da moradia atual e relacionando-as com as crises que sente.

1.3 A linha narrativa: um resumo gráfico da história do sofrimento psíquico e das buscas de ajuda.

Para melhor compreender a narrativa de Luzia, elaboramos um gráfico que organiza cronologicamente os fatos relatados. Tais fatos respeito ao problema que a levou ao Centro de Saúde e os motivos de encaminhamento para a Saúde Mental. É o que estamos chamando de linha narrativa e apresentamos a seguir (p.68). Podemos, através dela, apreender, de forma clara, o todo da entrevista no que se refere á história do sofrimento de Luzia, á descrição e às explicações dadas (parte inferior da linha) bem como as ajudas que buscou (parte superior).

1.4. Personagens da cena discursiva

Os personagens introduzidos por Luzia em sua narrativa darão condições para percebermos as alterações sutis que ocorrem no posicionamento acima definido (item 1.1). Aparecem para dar força às enunciações de Luzia na sua interação com a pesquisadora. Após a leitura atenta da entrevista, foram destacadas todas as referências feitas a **outros**, foi possibilitando distinguir os seguintes personagens: ela, eles, o povo, membros da família. A esses, foi acrescentado o “eu”, tal como aparece na situação da entrevista.

Ela - O pronome é utilizado em dois sentidos. Num primeiro, refere-se a uma pessoa já introduzida na narrativa, alguém que os interlocutores sabem de quem se trata.

.....Então veio a minha mãe que estava com diabetes, veio a minha irmã, a Nádia que tava com epilepsia....**ela** entortava o corpo todo, **ela** chegou a andar de cadeira de rodas.

O outro sentido é o “**ela**” que se refere às diferentes patroas que fazem parte de sua narrativa e de sua argumentação. As patroas não têm nome, é como se fossem uma só, ou seja, é o posicionamento de empregada que está sendo acionado, e **ela** (a patroa) é parte de seu argumento de que era explorada e incompreendida:

57.....No dia que minha mãe morreu, **ela** não teve um pingão de consideração. **Ela** deu um jantar, **ela** tinha dado uma festa na casa dela. Em vez de ter me liberado, não. O que **ela** fez? Eu pedi a **ela** pra me dar licença, **ela** falou que não que ela não poderia me dar porque **ela** ia dar uma festa. Aí fui

trabalhar assim com um sentimento muito pesado. Aí **ela**...eu ainda agüentei nesta casa três anos, né? Depois fui trabalhar na casa de..... (?) eles morava lá na Peixoto Gomide. Fiquei lá uns seis meses. Aí era outra nervosa. Como **ela** era separada do marido, as crianças dela era muito rebelde.

Ela aparece também para se referir ao problema que aflige Luzia: a crise.

L 37 - Porque eu estou boa, e de repente **ela** começa.....

L 71 - Como **ela** veio a apertar bastante....

No caso diríamos que, do mesmo jeito que se referia à irmã, se refere à crise, como algo (alguém) que já foi apresentado para a entrevistadora, embora seja familiar apenas a Luzia. Poderíamos, por outro lado dizer que tanto **ela** (a patroa) como **ela** (a crise) fazem parte do seu mundo de mulher reprimida e oprimida que se queixa para alguém que, por suas características, pode evocar suas patroas.

Eles - É introduzido (como no caso das patroas) para se referir genericamente aos diferentes médicos que a atenderam em outros locais. Quando se refere aos médicos do Centro de Saúde, utiliza os nomes e/ou funções, supondo que a pesquisadora saiba de quem se trata, por pertencer a este grupo (profissionais do Centro). Por outro lado, a nomeação dos médicos e suas funções correspondentes, parece indicar que a estabilidade nos cargos - maior do que aquela existente na rede pública em geral - possibilita uma relação personalizada.

L 71 -.....como ela (a crise) veio a apertar bastante, eu sempre estava indo no Pronto Socorro, sempre eu estava na Vitorino Camilo, na Santa Casa. Na Vitorino Camilo, quando eu chegava, **eles** só me aplicavam injeção. Tirava a pressão, a pressão estava boa. Então **eles** falavam pra

mim que isto era nervoso, que eu tinha que me controlar. Eu ia na Santa Casa, **eles** só passou Diazepan para mim. Aí **eles** falaram pra mim que eu tinha que fazer....um tratamento.....

L 77 -.....Aí cheguei lá e falei com **a moça**, que eu nem sei o nome dela, uma **que usa óculos**. Aí ela falou para eu passar com o **Dr Otávio**.....

Eles também é referência para os moradores do quintal do lugar em que mora e que constituem uma ameaça, assustando-a:

L 115 - Aqui mora muitas pessoas que bebe. **Eles** brigava tarde da noite, junto da janela. Eu tava dormindo, daí eu tomava aquele susto.....

A gente, o povo - Aparecem no discurso de Luzia, incluídos como parte de seus argumentos e dão explicações sobre as causas de seu problema. O povo, a gente, em sua indeterminação, é o senso comum se fazendo ouvir :

L29 - Porque **ela** suspeitava do que eu tinha. Porque **ela** achava que eu tava grávida. **Suspeitava** que eu tava grávida.(em tom de voz mais alto). Falei como eu vou engravidar se tenho uma criança de cinco meses? Vou ter outro agora? Sendo que eu estava amamentando. Por mais que as minhas regras sempre foi descontrolada, nunca desceram certo. Parei de amamentar com 4 meses. Ele está com 6 meses, até agora não desceu. Só que passei na médica, **na ginecologista e ela falou que isto é normal**. Tem mulher que leva até um ano pra descer. (pausa).**Tem gente** que fala:“Ah, este peso que você sente na cabeça pode até ser por conta do sangue que está preso. **Aí fico em dúvida!** Tem tanta coisa que o povo

põe na cabeça da gente que....(ver *árvore* no gráfico da p 68).

Nesse trecho temos o confronto de vários personagens (vozes), que são trazidos pela narrativa de Luzia. Em relação à crise, a patroa levanta a suspeita (o que coloca Luzia na posição de infratora). Usa a autoridade da ginecologista para responder à patroa e como argumento que assegura a sua posição de “doente”(não está grávida e tem um problema).Luzia traz a fala do povo (sangue preso causa a crise), as explicações que ouve no cotidiano e que a colocam em situação de dúvida.

A voz da patroa é a voz do opressor que, segundo Luzia relata, “quer o trabalho e não a pessoa”, é a voz que emerge de seu posicionamento de empregada doméstica explorada e incompreendida. A voz da médica é a da autoridade médica que pode atestar a ausência de gravidez, colocando-a dentro da *normalidade*, afirmando que muitas mulheres demoram para menstruar depois que interrompem a amamentação. A voz do povo “*está na sua cabeça*”, e corresponde à teoria explicativa das pessoas de seu universo.

Eu - O “**eu**” que aparece na entrevista de Luzia é um “**eu**” queixoso, que *sente*: sente ansiedade, sente que vai morrer, sentia cansaço, vivia reclamando.

L37 Às vezes... me dá medo, parece que eu vou morrer. Eu falo: “Ah meu Deus, será que eu vou morrer?”

L33- Falavam isso. Tinha gente que falava: “Você parece que não é uma menina são. Você está sempre se queixando de alguma coisa, sempre reclamando...”

Na entrevista, surge associado ao “**eu**” empregada doméstica. É na situação de trabalho que a última crise ocorre.

L 9.....Depois que sai de lá desta casa nunca mais eu arrumei emprego. O último que eu arrumei faz 22 dias. Eu fui só o primeiro dia. Aí me deu crise.

O “eu” se apaga diante dos personagens das patroas, dos médicos e da própria crise que é algo que a toma de fora para dentro, sendo Luzia vítima passiva desse ataque. Quando se posiciona em relação à suspeita da patroa de que estaria grávida, chama a autoridade médica para se fortalecer. A hora em que o **eu** aparece de forma mais clara (tonalidade em que a frase é pronunciada) é no final da entrevista quando Luzia diz: “eu não gosto de morar aqui.”

Membros da família (pai, mãe, irmãs, marido) - Os membros da família são introduzidos por Luzia como parte do argumento referente à hereditariedade da “doença”. Todos têm crise, cada um de um tipo diferente.

O marido é mencionado no início da entrevista como aquele que a levou ao Centro de Saúde, onde já estava matriculado. No final da entrevista, reaparece, dada a associação que Luzia faz com aqueles que bebem, que a assustam e que podem ser a causa de sua “crise”.

O pai e o marido são os personagens que cuidam dela : indicam o tratamento médico.

1.5. Em busca do sentido do sofrimento psíquico: definições, ajudas e a relação com o Centro de Saúde.

Para buscar o sentido atribuído ao sofrimento psíquico, analisamos em primeiro lugar os trechos da entrevista em que apareciam os nomes dados a esse sofrimento, as descrições feitas e as explicações de Luzia

ou de outras pessoas mencionadas em seu relato (item 1.5.1.). Em seguida, foram analisados os trechos que diziam respeito às ajudas profissionais anteriores ao atendimento atual: por que procurou, quem encaminhou, quem atendeu e como avaliou a efetividade do tratamento e\ou atendimento recebidos (item 1.5.2.). Finalmente, destacamos, para a análise as referências ao seu percurso no Centro de Saúde (item 1.5.3.)

Cada um desses aspectos foi analisado a partir de Mapas Associativos (ver Quadros, no anexo) que reproduzem os trechos acima mencionados em sua seqüência, subdivididos em colunas correspondentes a categorias descritivas que emergiram da leitura da entrevista, conforme explicitado em capítulo anterior (p.).

1.5.1. O sofrimento psíquico: como nomeia, como explica como descreve, o que dizem os outros. (Quadros 1A - 1B -1C, no anexo)

Luzia chama de **crise** o que a levou a procurar o atendimento na Saúde Mental, sendo o tema introduzido por ela mesma no início da entrevista e em vários momentos reintroduzido. A **crise** abrange uma série de acontecimentos físicos (sintomas - o que aparece): coração acelerado, cabeça pesada, tremura, dor na barriga. Os psicológicos, se assim pudéssemos chamá-los, ansiedade, agonia, são, de algum modo, espacialmente situados tendo o corpo como referência: ansiedade **no peito**, agonia **dentro**.

Ensaando um mapeamento dos sintomas do nervoso, DUARTE (1988) afirma que as perturbações *físico morais*⁷, como as denomina, compreendem

⁷ Para Duarte, o nervoso das classes urbanas trabalhadoras tem um sentido ambíguo, que ele denomina físico-moral, sentido este que não pode ser isolado dos discursos médicos e psicológicos difundidos em

um núcleo mais ou menos constante de sintomas físicos. Esses sintomas incluem os mencionados por Luzia e vão desde a *tremura* até o desmaio e a perda de consciência. No seu estudo, refere-se a um núcleo explicativo em que a comida aparece como transmitindo força ao organismo, freqüentemente chamada de *sustância*. Luzia usa termos semelhantes ao explicar o que acontece quando se sente mal.

L3- Aí eu tomo Diazepan. Depois que tomo Diazepan melhora....(em tom de voz mais alto) Aí me dá aquela fome, **aquela tremura, aí eu vou comer, aí eu não sustento**⁽⁸⁾..De repente torna a começar tudo novamente....Quanto mais eu **como mais me dá tremura.**

Já os chamados “morais” por DUARTE (op.cit.) equivaleriam aos que estamos chamando de psíquicos e incluem tristeza, depressão, perturbação, agitação, fúria.

Várias vezes é repetido que a **crise** ocorre “*de repente*” “*sem motivo*”, de forma dramática, tal como as crise de nervos mencionadas por DUARTE (1988). Ela relaciona o repentino da **crise** é relacionado ao susto que leva, ao ser acordada durante a noite e que “acelera o coração”. O susto na gravidez pode ser a origem da **crise**.⁹

L113 -.....me dá essas crises.....Não sei se é porque na gravidez dele eu também levei bastante susto....Tomei muito susto na gravidez dele....

O 114 - *Susto com o que?*

L115 - Aqui mora muitas pessoas que bebe. Eles brigava tarde da noite, junto da janela. Eu tava dormindo, daí eu tomava aquele susto. Era tão ruim...

nossa sociedade, mas que tem um sentido no espaço cultural do grupo estudado. O nervoso está entre as perturbações de origem física, orgânica e as de caráter religioso, embaralha-as e interliga-as.

⁸Comentando o termo utilizado com pessoa do Nordeste, ela afirma que é comumente usado quando as pessoas comem e saciam a fome.

⁹O mesmo autor se refere à dissertação de Beltrão (1979), realizada junto às castanheiras do Ceará, na qual “susto” é recorrente na designação de fenômenos de perturbação nervosa, relacionados à “fraqueza” da mulher, dado a sua irrupção súbita e suas conseqüências.

Crise é a palavra que dá sentido para o que sente, justificando a necessidade de atendimento urgente. A **crise** também aparece como outro modo de se referir ao “**nervoso**” característico da família: as crises epiléticas das irmãs e as do pai, semelhantes as dela.

L85 -..... Na família de meu pai, todo mundo é assim.

O86 - *Assim como?*

L87 - Todos são nervosos. Todos, de vez em quando, dá crise.

O88 - *O que eles fazem?*

L89 - O meu pai toma (nome de remédio) já tem mais de trinta anos.

O90 - *Você disse que todos eles são nervosos e têm crise. Como é a crise deles?*

L91 - Ói, tem os que desmaia. Só que hoje não tem mais, hoje eles não desmaiam mais porque fizeram tratamento. Tem uns que desmaia, já meu pai...meu pai, por exemplo, já sente a cabeça pesada, tem insônia.....

Relacionando esse trecho da entrevista com outros em que aparece o nervoso (a patroa que era nervosa, a empregada....), podemos dizer que crise e nervoso dão sentido para diferentes coisas. A crise é episódica (*de vez em quando dá crise*) e o nervoso mais permanente (*todos são nervosos*).

Ao contar a história de seus problemas, a distinção aparece novamente.

L57- Só que eu não sentia essas crises assim....sabe.....ficava com o nervoso preso por dentro de mim... Acho que...hoje foi que veio....

L59-..... antes a única crise que eu tinha era de chorar.

Chorava, chorava, chorava bastante.

O nervoso que não se expressa, fica *preso*, se solta sob a forma de crise : choro incontrolável no passado e sintomas físicos agora.....

.5.2. As ajudas profissionais anteriores: motivos da procura e os atendimentos recebido (Quadro 2, no anexo)

Através das experiências de seu cotidiano, Luzia foi buscando as explicações e os nomes que justificavam a busca de ajuda ou tratamento. Em seu relato, as queixas aparecem muito cedo: o povo achava que poderia sofrer do coração ou não ser sadio. No trecho da entrevista, destacado no quadro 2 (L71), Luzia conta o percurso seguido, contando o que a levou a procurar ajuda de profissionais.

A conotação orgânica da “doença” e o agravamento das mesmas levam-na ao Pronto Socorro e à Santa Casa. Apesar de Luzia já estar matriculada no Centro de Saúde (no postinho, como é por ela chamado), não é lá que busca atendimento.

Ao relatar o atendimento médico recebido nessas instituições, Luzia diz que **só** deram injeção, **só** deram Diazepan, mostrando que esperava algo mais. O médico, ao medir a pressão e constatar que estava normal, disse que ela não tinha nada, era nervoso que ela deveria controlar.

Os atendimentos que foi recebendo nos diferentes locais deixam-na oscilante entre uma doença orgânica e um nervoso (moral?). A doença orgânica e a sensação de morte justificariam o pedido de atenção urgente. Mas ninguém comprova nada e, portanto, ou ela é uma *descontrolada*

ou o problema está relacionado ao parto e, assim, é sugerido um tratamento que, para ela, é indefinido.

A demora do atendimento em serviços públicos associada à falta de atenção dos médicos, levam-na a pensar em atendimento de médico particular (sugestão do pai) como alternativa. Na história das doenças familiares, em época em que a família tinha melhores condições de vida, o chefe arcava com as despesas médicas. Luzia, em seu relato, apresenta o pai como provedor e, conforme a maioria das pessoas usuárias da rede pública, considera que, pagando, obterá um atendimento imediato e mais eficaz.

1.5.3 O atendimento no Centro de Saúde: encaminhamentos e avaliação. (Quadros 3A e 3B, no anexo)

Para Luzia, o Centro de Saúde é local para acompanhamento pré-natal ou consulta pediátrica, o único serviço prestado pelos postos de saúde da rede pública durante muito tempo. Foi enquanto gestante que Luzia se matriculou e foi atendida de início. Para ela, o *“postinho”* não era considerado capaz de atendê-la em suas crises: na urgência e na gravidade.

O Centro de Saúde surgiu como recurso possível uma vez que a consulta marcada na Santa Casa demoraria e as crises persistiam, afligindo-a. Luzia se espantou com a rapidez de resposta do Centro de Saúde: *“chegou lá foi tudo tão rápido...”*. O atendimento, além de rápido, é descrito de forma que indica familiaridade com as atendentes (*conversei com as meninas*) e pouca burocracia.

O clínico geral pediu exames e a encaminhou para a Saúde Mental. Luzia não entendeu a razão do encaminhamento, não sabia se seria atendida por psiquiatra ou neurologista que são as especialidades médicas com as quais teve algum contato por causa das doenças de seus familiares, além de ter sido assunto da sessão de triagem. A idéia de que possa ter uma doença física ainda persiste, mas agora de forma aliviada, já que a conversa na triagem, a fez *“se sentir bem” “mais leve”*, apesar de não ser capaz de reproduzi-la.

2. Rosa: uma história de discriminação e culpa

Rosa é uma mulher de 31 anos, nascida no Nordeste, residente há sete anos em São Paulo. Kursou o primeiro grau incompleto e procurou o Centro de Saúde para exames ginecológicos de rotina. Na ocasião da matrícula, atendendo à sua solicitação, foi encaminhada ao setor de Saúde Mental, tendo comparecido ao grupo de triagem que ocorreu três semanas depois.

Comparecem á sessão neste dia, além do psiquiatra e da pesquisadora¹⁰ havia quatro usuários: um homem idoso e mulheres cujas idades variavam de 24 a 31 anos. O grupo tem início com a fala do psiquiatra, explicando a finalidade do encontro: “receber as pessoas, para a gente se conhecer”, fazendo a apresentação da pesquisadora e dele mesmo (nome e função). Em seguida, diz que gostaria que todos se apresentassem, contando como chegaram à Saúde Mental e o que precisavam.

As pessoas falam, de forma resumida, o que as trouxe ao serviço. Rosa é a terceira a falar e diz “Fiz tratamento no Bom Retiro e não gostei”. “Não gostei muito da conversa. Desde os 17 anos que tenho este problema: deprimida, crises de choro, quero me isolar. Também tenho muito complexo”. Relata ter tido acompanhamento médico, porém, segundo ela, “era do tipo que não conversa e nem olha”, diferente do atendimento que teve no Nordeste.

Em seguida, o único homem do grupo começa a contar uma história longa, causando um movimento de impaciência nos demais: os participantes trocam olhares entre e si e dão risadinhas. Uma das participantes olha sorrindo para a pesquisadora como querendo incluí-la no grupo dos “impacientes”. Rosa intervém dizendo com voz forte: “Fala o que falou na sala

¹⁰ A psicóloga não participou por estar de férias.

de espera. Diz que, às vezes, ficava doido”, esclarecendo com essa fala a cumplicidade dos não doidos em relação ao doido.

O psiquiatra pergunta para o grupo o que é doido. Isso desencadeia uma seqüência de falas de duas participantes (A. e N.) e Rosa.

A - Se eu me achar sozinha, fico.

R - Eu não...Já quero ficar só.

A - Doido é o que não sabe o que faz.

R.- Eu já sou tão consciente, que fico até ridícula...

Quando estou perturbada

N. fala como se esquece das coisas.

R - Eu não, me lembro de tudo, até de quando eu era criança....

N - Tomo calmante desde 1987

R. - Eu parei e me sinto melhor.....

Nessa conversa, Rosa intervém, posicionando-se como diferente em relação às pessoas que falam: é consciente, lembra-se até demais das coisas, parou de tomar remédio.

O coordenador do grupo começa a explicar o que é o psiquiatra, afirmando: “ O psiquiatra não é médico de louco”.¹¹ Conta como é o serviço de saúde mental no Centro de Saúde, contrapondo-o ao atendimento médico mencionado por Rosa “que não olha na cara, avia a receita e manda embora”. Isso dá margem a vários comentários do grupo. Rosa repete os comentários já feitos a respeito do atendimento do médico do Nordeste, que pedia para desenhar e escrever.

[o1] Comentário:

O psiquiatra retoma as várias queixas, procurando passar a visão de que os problemas fazem parte da história de vida das pessoas, e de como corpo-mente são integrados.

Rosa comenta: “Problema sério na cabeça, tudo no seu corpo começa a acontecer. O corpo fica dependendo da saúde mental” e, em seguida,

“Não suporto a hipótese de casar, alguém para mandar na sua vida. Não suporto a idéia de ter filho...” Nessa fala, Rosa complementa a exposição do psiquiatra sobre a relação corpo-mente e introduz um tema que, no contexto grupal, parece não ter relação com o assunto tratado. Mais uma vez ela se coloca na posição de “você sim” “eu não”.

Em seguida, com alguns comentários do psiquiatra, o grupo finaliza e as pessoas passam a ser agendadas para a entrevista individual.

Logo após a sessão de triagem, abordamos as pessoas, solicitando a sua participação como sujeitos da pesquisa. Foram contatadas pessoas (3) que atendiam ao critério, inicialmente, estabelecido: serem residentes na área de abrangência do serviço. Dentre essas, Rosa foi a única que se dispôs a participar. No início, levantou dificuldade para a realização da entrevista em sua casa, pois, conforme explicou, muitas pessoas moram no seu apartamento, tornando inviável uma conversa tranquila. Mas ela mesma resolveu a situação, propondo-se a conseguir emprestado o apartamento de uma vizinha que mora só. Avisou também que o prédio onde mora não tem elevador, obrigando a entrevistadora a subir sete lances de escada. Marcamos dia e hora para o encontro.

¹¹ O psiquiatra no contexto do grupo, procura, da mesma forma como ocorreu em grupo anterior, esclarecer que o atendimento na Saúde Mental não é apenas coisa para “louco”.

2.1 Entrevistando Rosa

O endereço indicado por Rosa é uma rua de comércio, no Bom Retiro. No horário combinado para a realização da entrevista encontro (19 horas, aproximadamente), a maioria das lojas está fechando as portas. O prédio correspondente ao endereço dado é um prédio estreito, semi-acabado, escuro, com muitos apartamentos por andar. A entrada do prédio é irreconhecível, pois é um buraco cheio de sucata, uma carroça de catador de papel, muitas caixas...Olhando para o alto, vêem-se apartamentos iluminados e roupas penduradas no varal: há um burburinho de sons de rádio, televisão, vozes e choro de crianças. A impressão é de um grande cortiço.

Como o prédio não tem elevador subimos com temor os sete lances de escadas, nem todos iluminados. Cruzamos com diferentes pessoas: um rapaz com uma sacola, um homem parecendo um pedreiro voltando do trabalho, uma moça, duas crianças. Há um espanto recíproco nesses encontros, pelo menos é nossa impressão. Imaginamos os moradores se perguntando: “O que estará fazendo esta senhora neste lugar?” “Será uma assistente social?” “Será de alguma igreja?” Por outro lado, o tipo de pessoas encontradas no caminho era diferente das perigosas figuras que povoavam nossa imaginação e que seriam os moradores do lugar.

Chegando ao andar onde mora Rosa vemos, no fundo do corredor, um apartamento com a porta aberta. As pessoas que, aparentemente, estavam assistindo à televisão percebem a nossa chegada e chamam Rosa. Há uma certa agitação, passando a idéia de uma visita aguardada.

Quando Rosa aparece, dirigimo-nos para o apartamento da amiga, em outro andar. No caminho, Rosa comenta que o prédio onde mora é invadido e que ela e a família da irmã compraram o apartamento do primeiro morador. Ao chegarmos, a amiga de Rosa sai para, segundo ela, nos deixar à vontade. O apartamento destoa do prédio e de sua aparência. É limpo, bem

arrumado e, na sala, há um sofá de couro, mesa, cadeiras combinadas, um bar com copos e bebidas, uma televisão.

Ao solicitar a permissão para gravar a entrevista, Rosa parece relutante e desconfiada e pergunta diretamente para quê. É novamente explicada a finalidade da pesquisa, e acrescentado que em qualquer momento a gravação pode ser interrompida, se Rosa assim o desejar.

No diálogo inicial que se estabelece, os interlocutores (O. a entrevistadora, e R., a entrevistada) procuram se situar conferindo os sentidos dados à primeira pergunta referente ao local de moradia de Rosa.

O1 - Há quanto tempo você mora aqui?

R2 - Eu.....vai fazer.....quatro anos.

O3- Sempre neste lugar?

R4 - Não. Aqui em São Paulo, você está dizendo?

O5- Você entendeu aqui em São Paulo?

R6 - Não....entendi aqui no prédio.

O7 - E em São Paulo?

R8 - Em São Paulo vai fazer oito anos. Eu morei no Brás uns quatro anos, e.....depois a gente viemos

pra cá.

Rosa responde referindo-se ao lugar onde mora atualmente, mas não tem certeza se é esse o sentido da pergunta. Diante disso a entrevistadora fica em dúvida quanto à resposta dada. A seqüência de perguntas e respostas, semelhante a um diálogo de surdos, evidencia a busca de um enquadre que possibilite a comunicação e a definição de posições dos interlocutores.

Na seqüência, essa definição se torna mais clara. A pergunta sobre quantas pessoas moram no apartamento e desde quando, levam Rosa a esclarecer (**veja bem** é o que introduz a afirmação) que ela e a irmã são “entendidas”. Dada a não compreensão da entrevistadora, o termo é traduzido para “lésbica”, palavra que Rosa pronuncia com alguma dificuldade.

O13 - Lá no Brás também morava junto com eles?

R14 -Não, **veja bem**.....Eu e minha irmã, nós somos **entendidas. Você sabe o que é, né?**

O15 - Não.

R16 - Somos lebis.....**lésbicas**, entendeu?

A palavra “entendida” se refere ao código de um grupo e a não compreensão da entrevistadora a situa em outro grupo. O diálogo estabelece as posições dos interlocutores, um “entendido” e o outro “que não entende”, invertendo uma posição definida pela assimetria de conhecimentos ou posição social. Rosa traduz o termo utilizado para poder se comunicar. Durante toda a entrevista, narra os fatos de sua história de vida, perguntando incessantemente, de forma automática: “você sabe? você entende? você entendeu?”. Qualquer que seja o sentido da pergunta (pedir compreensão ou certificar-se da clareza de sua explicação), ele é construído a partir do posicionamento de alguém diferente da pesquisadora, a quem tudo deve ser explicado.¹²

Na parte final da entrevista, Rosa introduz nas suas falas a entrevistadora em situação imaginária, dando a ela o “status” de personagem de seu relato, atribuindo-lhe uma posição. Num dos trechos, a posição corresponde à de alguém que é objeto de seus pensamentos negativos (R. 40) e, em outro

¹²Nestor Perlinger(1995), ao discorrer sobre territorialidades marginais em trabalho que aborda especificamente os ghettos gays na região central de São Paulo, recorre à noção de “código-território”, esboçada por Deleuze. (Diálogos com Parnet ,1980). Ele questiona a dimensão espacial para a definição de território, pois, segundo ele, esses grupos seriam itinerantes, e os códigos aparecem para dar uma substância ao território. A proliferação de nomenclaturas marca a princípio “um movimento de desterritorialização em relação aos códigos familiares e normais (ibid.p.96) Para ele,essa proliferação não é uma submissão à ordem, mas seria a expressão da desordem desejante. Afirma, a partir de sua pesquisa realizada entre 1982-1985, que o sistema de nomenclatura utilizado pelo grupo é prolífero. Encontrou 56 nomes para as variações de postura e relação no âmbito da homossexualidade masculina. Na entrevista analisada são mencionados apenas tres nomes referentes à homossexualidade feminina, entre os muitos possíveis.

(R 76), a entrevistadora é uma pessoa que a acusa de ter tirado alguma coisa de sua casa.....

R40.....Se eu falasse assim, que Deus me livre, **se a senhora vai cair aí e vai morrer**, quer dizer, se isto acontecer, não foi porque eu falei. Pode...pode... coincidir, que foi tipo uma mera coincidência, né? Mas se acontecer foi porque Deus permitiu, né

R76.....Se, vamos supor, estiver naqueles dias, assim perturbada, e eu entrar na sua casa e **você, por maldade, disser que eu peguei uma coisa**, naquele momento eu até acredito que eu peguei, cê entendeu?

Mais ambígua é a frase em que Rosa declara:

R70 - Só porque eu tenho um problema, né, veja bem. Não é que.....não é que eu.....**Pra você que freqüenta uma igreja** essa vida que eu levo é pecado, tá?

Estaria dando um exemplo em que **você** aparece no lugar de uma pessoa hipotética? O fato de o tema religião ter sido reintroduzido pela entrevistadora - que pergunta "*você freqüenta a igreja?*" - e o contexto geral da entrevista sugerem que Rosa coloca a entrevistadora como o **outro** que representa a moral vigente na Igreja e à qual ela se opõe.

Ao explicar qual a diferença entre psicólogo e psiquiatra, inclui a pesquisadora entre os profissionais preparados para entender o problema dos outros; mas, logo em seguida, inclui-se também nesse grupo, pois o fato de ter experiência de vida capacita-a a entender e ouvir.

Durante a entrevista, Rosa alterna posições, ora se posicionando como igual à pesquisadora no que se refere a compreender o problema do outro, ora se colocando no lugar da entrevistadora, fazendo perguntas às quais ela mesma responde, ou ficando na posição do **diferente**,

incompreendido, que argumenta para ser aceito do jeito que é. Como a entrevistadora limita-se a escutá-la, não emitindo suas opiniões, Rosa vai lhe atribuindo diferentes posições, que variam no contexto geral da entrevista, conforme o tema focalizado. A entrevistadora se multiplica em vários interlocutores com os quais Rosa dialoga e argumenta: os que não entendem a sua forma de vida, os que dizem que é pecado, os que são objeto de pensamentos negativos.

2. Identificando os temas abordados

Na entrevista de Rosa, os temas abordados pela entrevistadora suscitaram a introdução de outros. O tema da sexualidade e da religião permeiam a entrevista e são recorrentes, como pudemos perceber na organização seqüencial dos assuntos, exposta a seguir:

◆ **O lugar onde mora** : feita a pergunta sobre há quanto tempo mora no lugar e quantas pessoas moram no apartamento, Rosa dá as informações pedidas.

◆ **Sexualidade**: a entrevistadora pergunta sobre as pessoas que moravam com ela na residência anterior e Rosa conta que ela e a irmã são “entendidas”, introduzindo o tema da **sexualidade**.

◆ **O “problema psicológico”- história**: diante da pergunta de como apareceram os “problemas psicológicos”, Rosa dá a sua versão para a causa dos problemas, descrevendo as chamadas crises e as ajudas que procurou, profissionais ou não. Ao falar da segunda crise, volta ao tema da **sexualidade** e fala de **religião** como possibilidade de ajuda.

♦ **A procura do Centro de Saúde:** a entrevistadora pergunta como Rosa chegou ao Centro de Saúde e ela descreve e avalia o atendimento recebido, desde a matrícula até a triagem. Ao avaliar a triagem, retoma o tema da **sexualidade**.

♦ **Religião:** o tema religião é retomado pela entrevistadora que pergunta a Rosa se frequenta alguma igreja e esta responde falando da sua **escolha sexual** como impedimento para isso.

Psiquiatra e psicólogo: a entrevistadora pergunta se a pessoa que a atendeu no Nordeste era psiquiatra ou psicólogo e Rosa fala sobre o que, a seu ver, os diferencia.

O problema “psicológico” - nomes: é perguntado quais os nomes dados pelos profissionais ao seu problema e Rosa fala dos resultados do eletroencefalograma.

2.3 A linha narrativa da entrevista: um resumo gráfico do sofrimento psíquico e das ajudas buscadas

Os fatos relatados por Rosa referentes ao motivo de inscrição na Saúde Mental foram graficamente representados, possibilitando uma visão da sucessão cronológica dos fatos, explicação e descrição do sofrimento (parte inferior da linha) e as ajudas que buscou (parte superior).

O relato de Rosa é longo, pois vai buscar, na adolescência, as primeiras manifestações de seus problemas psicológicos. Através das **árvores** correspondentes às associações que vai fazendo, podemos visualizar a forma como constrói suas explicações e argumentos.

(inserir gráficos nas páginas seguintes)

2.4. Personagens da cena discursiva

No relato de Rosa, o “eu” se destaca pela freqüência com que aparece e pelo tom de voz forte como é enunciado. Por isso mesmo, é analisado em primeiro lugar.

Os personagens identificados, em seguida, foram: a família, os amigos, os médicos, gente. Falar em personagem na entrevista de Rosa, além do sentido que estamos dando ao termo (item Cap.), também traduz o tom dramático de seu relato, muito semelhante ao ouvido nos programas de rádio mencionados por ela, em que o apresentador do programa lê com entonação teatral a história de alguém e a comenta... Rosa começa seu relato com a seguinte frase “Tudo começou quando...” (R.26).

Eu - Na entrevista de Rosa, o “eu” é a palavra que dá início à sua primeira resposta, embora a frase seja, logo em seguida, retomada sem sujeito.

O1 - *Há quanto tempo você mora aqui?*

R2 - Eu.....vai fazer.....quatro anos.

O “eu”, como em qualquer narrativa, se desdobra em múltiplos: além do “eu” que enuncia (o *addressing self*, conforme Goffman), há um “eu” protagonista das cenas do passado ao qual Rosa contrapõe um **eu** presente.

Ao iniciar a história de seus problemas, Rosa posiciona o “eu” como diferente dos outros membros da família.

R28 - Na minha família, meu pai era bem pretinho, né? bem **mais escuro que eu**. E a minha mãe já era mais clara, bem mais clara. Então **eu e a mais velha** fomos as únicas que puxamos pro meu pai.....

O “eu” do passado é um “eu” problemático, é o argumento para convencer o interlocutor que ser lésbica não é problema, pois, antes disso, “já tinha problemas psicológicos” e, portanto, “uma coisa não influi na outra” (R22).

O “eu” do presente se posiciona achando, pensando, querendo, fazendo...“Eu acho” introduz a interpretação dos fatos relatados, às vezes, recorrendo a ditos populares de natureza religiosa.

R.40 Porque eu acho que uma folha não cai sem que Deus permita..

R.34....acho que tudo aquilo que passei voltou à tona (explica o problema psicológico)

“*Eu penso*”, além disso, marca, de forma mais clara, sua posição diante dos outros que pensam diferente, o que pode, ou não, incluir a entrevistadora.

R. 62.... como muita gente fala.....que é isto.....que é até doença. De repente, pode até ser, **só que eu não penso assim.**

R.66..... Pessoa assim, acho que não ajuda, atrapalha. Então é **isso que eu penso.** Ninguém é obrigado a entender o problema de ninguém. Se não está preparado pra aquilo, né?

R.76..... Na minha cabeça, **eu penso assim**, que psiquiatra é para aquelas pessoas que perturba tudo, que não sabe nem o que tá falando

Na lógica de seu argumento, o **eu presente** é comparado ao **eu passado**.

R.28 Então, vai ver **que eu era** assim tipo uma pessoa despreparada..... Agora não. Agora **eu já me sinto uma pessoa...bem diferente**

R.34 Pra uma pessoa como eu, problemática que era, cheia de problemas

Quando o tema é a sua escolha sexual, o **eu** aparece enfaticamente em defesa da posição assumida.

R.22 Bem, antes de **eu** me descobrir, né?.....hum.....**eu** já tinha assim os meus problemas psicológicos.....**eu** acho que é psicológico.....então **eu** acho que isto aí não influi em nada. **É uma coisa que eu gosto, que eu quero....**

Família, amigos, médicos - Os membros da família que aparecem no decorrer da história contada são: a irmã que é entendida, como ela; a irmã que é mais escura e que, como ela, puxou ao pai; o pai negro e a mãe branca; a irmã que a humilhava e a criticava por ser escura; a irmã que não aceitou o fato de ser lésbica; a sobrinha que dava conselho; a mãe que deu força; a cunhada que a levou ao primeiro médico.

Relendo essa relação, poderíamos perfeitamente separar as personagens em dois campos: as que estão do seu lado (são como ela, entendem o seu sofrimento) e as que estão do lado oposto (discriminam, não aceitam). Da mesma forma, enquanto uma amiga não é capaz de entender seus problemas, o “caso” atual - como denomina companheira - entende-a inteiramente.

São trazidos à cena os médicos. O primeiro que, segundo ela, era “um santo”. É o médico que “descobriu” seus males físicos, conversou,

pediu para desenhar, o que a leva a concluir que é psicólogo. O segundo é uma médica, a quem se refere como alguém que ficou com dó dela, que se desculpou por não poder atendê-la. No serviço de Saúde Mental para o qual é encaminhada, é atendida por psiquiatra - terceiro médico - que “não olha na cara” e não conversa, contrapondo-se assim ao primeiro.

Os profissionais também são divididos entre os que dão atenção e os que não dão, ou seja, as falas de Rosa, durante a entrevista, giram em torno do posicionamento de alguém que procura ser compreendido e ouvido.

Rosa reproduz as falas de algumas dessas personagens - a médica do H.C., o psiquiatra - o que, segundo GOFFMAN (1974), ocorre nas conversas do cotidiano quando um dos interlocutores quer dar maior veracidade a um relato, fortalecendo sua maneira de ver a situação, à semelhança do que faz um autor de uma peça teatral. A reprodução da fala da médica que a atendeu no H.C. é minuciosa: o tom é lento, a médica trata-a pelo nome, explica por que não atende (R.49). Esse tratamento contrasta com o do psiquiatra que se limita a perguntar: “*o que você está sentindo?*”, não olha e parece não ouvir a sua resposta.

Deus - Deus aparece no relato, pela primeira vez, quando Rosa descreve sua segunda “crise”: **Deus** a “põe no lugar”, **Deus** a ilumina, **Deus** não permite que aconteçam as coisas que pensa. **Deus** é quem soluciona os seus problemas.

Quando o tema religião é reintroduzido pela entrevistadora mais no final da entrevista, Rosa fala de **Deus**, distinguindo sua religiosidade das práticas religiosas da Igreja. A instituição, enquanto tal, não aceitaria “*a vida que leva*”, mas “*Deus a quer ver feliz do jeito que for*”. Suas orações podem ocorrer em qualquer lugar, até mesmo no banheiro, ou seja, transgredindo regras que instituem um local apropriado para as orações. Deus é invocado para fortalecer sua posição. **Deus** mantém e atesta sua sanidade.

No entanto, no final da entrevista, vai aparecer uma dúvida “Para **Deus** o que eu faço pode não ser legal”, porém argumenta “mas se eu

não estou fazendo mal para ninguém” e conclui “se estou fazendo mal é para mim mesma”. Rosa parece não conseguir nunca fechar a questão como se sempre surgisse uma nova voz contestando sua afirmação.

Gente - Rosa, no início da entrevista, fala de “todo mundo”, o termo de comparação para sua inferioridade, fonte de sua vergonha.

R.28..... “me sentia **pior que todo mundo**”..... “achava que todo mundo que se aproximava de mim era para tirar um barato da minha cara”

Quando o tema é sua escolha sexual, Rosa vai falar de “muita gente”. Já não são todos, mas muitos; para esses, argumenta. Na medida em que a entrevistadora não se posiciona, ela pode ou não fazer parte desse grupo, portanto os argumentos de Rosa incluem-na.

R. 62..... “Pra mim, é normal. Não encaro como bicho de sete cabeças, como muita gente **fala** que é isto... que é até de doença. **De repente, pode até ser, só que eu não penso assim**

R.22.....**muita gente** acha que isto é... problema...é a pessoa que quer se esconder...Para mim, sinceramente, não é

2.5. Em busca do sentido do sofrimento psíquico: definições, ajudas e a relação com o Centro de Saúde

Considerando a temática levantada na entrevista de Rosa, analisamos os aspectos que possibilitaram compreender os sentidos atribuídos ao sofrimento psíquico.

A sexualidade, pela recorrência do tema e pelas associações que Rosa faz entre sua opção sexual e seus problemas, foi um dos pontos analisados. Os Mapas Associativos (Quadros no anexo) indicam como, em suas falas, Rosa se posiciona, como se sente, como explica e o que dizem os outros a respeito (item 2.5.1.).

Os demais aspectos analisados referem-se ao sofrimento psíquico: como é nomeado, descrito e explicado por Rosa e pelos outros (item 2.5.2.), as ajudas que procurou no passado (item 2.5.3.) e o atendimento no Centro de Saúde (item 2.5.3). Nos dois últimos itens, destacamos os motivos da procura de ajuda, a forma como se deu o encaminhamento e as avaliações que Rosa faz sobre a efetividade do tratamento e/ou atendimento.

2.5.1 - Sexualidade: como se posiciona, como se sente, como explica, o que dizem os outros (Quadros 1A e 1B, no anexo)

A escolha sexual de Rosa aparece como tema recorrente na entrevista. É introduzido logo no início e é retomado por Rosa ao contar a história dos seus “problemas psicológicos” e ao falar sobre o atendimento no Centro de Saúde. Na fala inicial, encontramos condensados todos os conteúdos que ressurgirão depois, como se fosse a abertura de uma peça musical cujo tema se desenvolverá em múltiplas variações.

Além de se identificar como “entendida”, o que é traduzido por “lésbica”, conforme foi comentado anteriormente, Rosa se refere às suas companheiras, a primeira e a atual, como seus “casos”, palavra ambígua que indica a estabilidade relativa dessa relação, bem como seu caráter marginal e transgressor diante do que é considerado uma relação sexual socialmente aceitável.

Rosa explica sua escolha sexual dizendo:

R22 -..... até os meus 24 anos, nunca tive contato com homem, **muito menos com mulher**. Depois dos 24 anos, tenho agora 31...Tenho seis anos de entendida, né? Eu convivi com duas pessoas, né? O primeiro caso e agora o segundo.

A expressão “muito menos com mulheres” acentua a diferença entre as escolhas de parceiro, como se houvesse graus de “castidade” ou, numa leitura ao inverso, de “pecados”.

No presente, as afirmações feitas a respeito da escolha são: “é sossegado, é normal, é assumida, não tem vergonha”. Com exceção da primeira palavra - que foi, de certa forma, sugerida pela entrevistadora que pergunta :”Para você, isso é tranquilo?” - as outras afirmações remetem aos “outros” frente aos quais se posiciona.

Quando se diz “assumida”, Rosa usa para descrever sua escolha as seguintes expressões: “É uma coisa que eu gosto, que eu quero...” e, mais adiante, diz: “é uma coisa que eu gosto realmente de fazer. Me sinto bem...”. Destaca, nessa última frase, o aspecto do homoerotismo de uma forma explícita e inequívoca, fortalecendo o argumento de que não tem vergonha do que faz.

Desde suas primeiras falas, os “outros” aparecem. Os outros acham que sua preferência sexual surge em “ pessoa que quer se esconder”. Mas Rosa refere-se ao tempo anterior à sua primeira relação como “antes de me descobrir”, ou seja, para ela, o eu verdadeiro foi descoberto, enquanto, para os outros, este é um eu “doente” que esconde o “normal”.

O tema reaparece no final da entrevista, quando R. avalia a triagem feita em grupo, no Centro de Saúde:

R62 - Bom...eu achei legal, né, só que eu prefiro mais sozinha....porque tipo assim muita gente não dá pra falar assim à vontade, né? **Não tenho vergonha de dizer que sou entendida, não tenho mesmo. Sou assumida. Todo mundo sabe....**minha família...não tenho vergonha. Tanto é que eu falei pra esta menina....(*a atendente do setor de matrícula*)...conversei com ela, porque elas pergunta, né, da sua relação sexual, e tal, e você tem que falá, né. Eu não ia falar que tinha contato com homem se eu não tinha. Isto pra mim não é vergonha, não é peso nenhum. Eu levo.....como.....normal. **Normal. Pra mim é normal.** Não encaro como um bicho de sete cabeças, como muita gente fala....que é isto....que é até doença. De repente, pode até ser, só que eu não penso assim.

Rosa diz que não fica à vontade com muita gente, mas antecipando-se a qualquer conclusão da entrevistadora (ou do Centro de Saúde), de que isso poderia ser atribuído ao fato de ser entendida, argumenta dizendo que não tem vergonha, que todo mundo sabe e que, inclusive, falou disso para a atendente, no Setor de Matrícula do Centro de Saúde.

Há um entrelaçamento entre o aspecto moral (comportamento diferente e proibido, escondido) e o físico (doença que deve ser tratada). Para Rosa, as duas coisas se confundem. Na medida em que se assume como homossexual publicamente, então isso não é doença. Mas necessita de atendimento na Saúde Mental porque existe um sofrimento que pode estar até relacionado com sua escolha, mas não é a causa.

2.5.2 - O sofrimento psíquico: como nomeia, como explica, como descreve, o que dizem os outros (Quadros 2A e 2B, no anexo)

No início da entrevista, Rosa fala dos “*problemas psicológicos*”, que existiam antes de se assumir como “*entendida*”. Mais do que nomear o sofrimento psíquico, os problemas existentes são o argumento de que sua escolha sexual não é “doença”. O tratamento que fez confirma os problemas, numa inversão retórica da seqüência dos fatos.

O23- Você disse para mim que mesmo antes disso, você achava que tinha problemas.....

R24 - Achava não. Eu já tinha com certeza. Fiz tratamento.

Desenvolve uma explicação para o problema cuja origem está no fato de ser mais escura que as irmãs (puxou ao pai que era negro) e, por esse motivo, ter sido humilhada por uma delas. Focalizar a origem dos problemas psicológicos nas relações familiares, é o sentido dado ao problema, sentido esse impregnado das suas vivências pessoais e da condensação de teorias psicológicas que circulam em nosso meio, apropriadas pelo senso comum.

A palavra complexo tem importância nessa explicação. As brigas entre as irmãs e a humilhação que sofria é explicada como: “ *A minha*

irmã me colocava muitos complexos” (R22). Complexo é um dos termos da psicanálise que aparece na linguagem do cotidiano, como constado por MOSCOVICI () e, para Rosa, complexo adquire um sentido material de algo que vem de fora e é colocado dentro pelo outro. Os termos psicológicos utilizados dão força ao pedido de ajuda que faz.

Rosa faz uma distinção entre as perturbações que vai sentindo e a *crise*, que corresponde a um momento em que há manifestações visíveis (desmaiar, parar de estudar, ter vergonha de todos, chorar muito, ter sintomas de doenças inexistentes) que pedem uma providência e justificam a ajuda gratuita de um médico particular

R28 e eu fui me perturbando, então foi quando aconteceu a minha primeira crise, aos 17 anos. Eu desmaiava... Este baixo astral, eu não conseguia estudar mais, eu tinha vergonha de tudo e de todos, me sentia pior que todo mundo, cê entendeu? Parei com o estudo.....

R30.....Aí foi quando uma cunhada minha falou assim pra mim que tinha um médico lá no Nordeste, que era muito bom e inclusive eu fui assim de penetra....tipo amizades.

A segunda crise, no relato de Rosa, acontece “quando começou a vida de entendida”, porque sua companheira era uma “pessoa viciada” e tinha problemas. A crise se manifesta com o que chama de pensamentos negativos, sentimento de culpa, falta de vontade de comer, sentir-se pior que todo mundo. Na explicação, aparecem os problemas antigos, o “eu” cheio de problemas e a influência negativa da companheira.

São três os nomes dados ao seu sofrimento: perturbação, loucura e crise. A perturbação nomeia o que é subjetivo e dinâmico (eu fui me perturbando), a crise é o nome dado ao problema visível e agudo e a loucura, a ameaça de domínio do irracional, do inexplicável.

R30..... eu estava quase para ficar louca. Isto é o que eu chamo de loucura. O que aconteceu, porque era uma coisa assim que não dava para explicar, não tinha explicação

2.5.3 - As ajudas profissionais no passado: motivos da procura e atendimentos recebidos (Quadros 3A e 3B, no anexo)

Na crise da adolescência, Rosa *chega a ir para o Pronto Socorro* onde era dito *que não tinha nada*, não tinha as doenças correspondentes aos sintomas.

O primeiro médico consultado *descobre* as doenças (anemia, problema nos rins) e *descobre* um *desvio* revelado pelo EEG., portanto o que tinha não era inventado. O desvio, na versão de Rosa (como entendeu o que o médico disse), é algo literalmente interpretado como desencontro de duas veias. DUARTE(1988:161), ao analisar o discurso do nervoso nas classes trabalhadoras urbanas, afirma que nervos e sangue constituem o circuito de comunicação entre cabeça e corpo, comunicação mais física - no caso do sangue - e mais moral, no caso dos nervos. Rosa confunde os dois sistemas dando uma explicação mais física para a questão. Além de o desvio ser localizado e fisicamente explicado (não se trata de desvio moral), Rosa atenua o diagnóstico dizendo que agora sabe que *desvio todo mundo tem*.

A explicação orgânica para os problemas provam que tinha alguma coisa, precisava, portanto, de tratamento e, no caso, foi receitada uma *injeção bem doída*. Ao mesmo tempo, a avaliação que faz do tratamento recebido destaca o acolhimento e a compreensão: o médico era um *santo*, era particular e atendeu de graça - por amizade - deixou-a à vontade, entendeu do que se tratava sem que ela precisasse falar.

R32... Ela pediu por amor de Deus para ele....eu passar por ele. Então, este médico para mim, sabe, foi um santo. Eu lembro que eu passei por ele duas vezes, só. Ele me pedia para desenhar...ele me deixava à vontade... eu não

conseguia falar; para você ter uma idéia, minha cunhada ia comigo. Com ela e com minha mãe, eu me abria, mas com mais ninguém. Então elas...o que eu contava pra elas, elas contavam pra ele, eu lembro que ele me passou umas injeção que eu sei que era de óleo, era doída pra caramba.

Referindo-se à segunda crise, Rosa traz o relato da consulta feita no H.C. e aí é destacada a maneira como foi recebida e tratada, não havendo qualquer referência a diagnóstico. Rosa sofria e a médica teve *dó* dela (R48).

As pessoas da família (e muita gente) associam o que sente com sua escolha sexual: esta sim é uma doença que deve ser tratada.

Na linha narrativa (item 2.3. p.), podemos acompanhar a busca de sentido de seu sofrimento a partir das vozes contraditórias da família, da medicina, da religião. Rosa rejeita o tratamento medicamentoso indicado por um médico que *nem olhou na sua cara* e volta para o Nordeste à procura de compreensão (família e amigos). Aparecem duas opções religiosas (espiritismo e religião católica), sendo que Rosa associa a primeira com o demônio e acaba encontrando, na religião católica e nela mesma, a solução para a crise, retornando a São Paulo depois disso.

2.5.4 O atendimento no Centro de Saúde: encaminhamentos e avaliação (Quadro 4^A, no anexo)

Rosa relata que procurou o Centro de Saúde para exame ginecológico, que gosta de fazer anualmente, por indicação de vizinha.

Na conversa que tem com a atendente (*a menina loirinha*), declara-se lésbica, e isto é relatado para mostrar que não tem vergonha e por achar que tem que falar a verdade sobre a vida sexual. O encaminhamento para a Saúde Mental se dá neste momento, durante a *conversa* que teve com a atendente. Rosa, neste trecho da entrevista, tem dificuldade em lembrar se foi

sugestão da atendente ou se isso ocorreu por iniciativa dela, o que parece confirmar que se tratou de troca de idéias ou conversa entre duas pessoas do mesmo nível.

Na avaliação da triagem em grupo - em que há muitas e diferentes pessoas - aparecem as contradições de Rosa (linha narrativa, p.). Rosa argumenta a partir de seu posicionamento de lésbica assumida.

No trecho da entrevista correspondente ao tema (R 56), aparecem:

- ◆ os que sabem que é entendida (todo mundo)
- ◆ os que falam que isso é doença (muita gente)
- ◆ os que não estão preparados para entendê-la (os outros membros do grupo de triagem)
- ◆ a que acha que o que tem é frescura (a amiga)

Como justificar o atendimento que pede? Se a homossexualidade não é doença, o que sente precisa ter outra explicação. Será *frescura*? E se homossexualidade for doença, como tratar se não pretende mudar de vida e continuar fazendo o que quer e gosta?

As falas dessas personagens aparecem quando o tema são as ajudas profissionais e fortalecem os argumentos e posições de Rosa diante da entrevistadora e do Centro de Saúde. Rosa **tem** problemas e mereceu a atenção da médica do Hospital das Clínicas. O tratamento que fez em São Paulo limitou-se a uma consulta rápida e a figura da mãe aparece para desautorizá-lo. A atendente do Centro de Saúde reforça sua avaliação e sua expectativa de que vai ter um melhor atendimento no Centro de Saúde.

3. Semelhanças e contrastes: o serviço de Saúde Mental como espaço de indefinições.

A análise das duas entrevistas aponta para alguns aspectos comuns: o posicionamento inicial de usuárias do Centro de Saúde e o sentido atribuído à entrevista feita pela pesquisadora. O percurso feito pelas duas tem

alguma semelhança e pode ser relacionado ao contexto mais amplo das políticas brasileiras de saúde que delineiam as respostas às demandas por atendimento em Saúde Mental. Mas o que a comparação vai poder ressaltar, antes de mais nada, é como, nesse contexto de serviço de saúde, cada uma vai, através das práticas discursivas, construindo o sentido de suas “queixas” individuais.

Luzia e Rosa procuraram o Centro de Saúde, situado na região onde residem, por indicação de pessoas que recomendaram o serviço, ou seja, além da proximidade, é mencionada a qualidade do atendimento. Tanto uma como a outra buscaram atendimento ginecológico (exames de “rotina”, pré-natal). Enquanto Luzia se matriculou em busca de serviço tradicionalmente reconhecido como próprio da rede básica (materno-infantil), e posteriormente descobriu os outros tipos de serviço (pronto atendimento, saúde mental), Rosa demonstra conhecer a ampliação do atendimento em ginecologia que inclui exames preventivos ou diagnóstico de patologias do órgão reprodutor feminino.

A busca por atendimento na Saúde Mental está relacionada aos atendimentos profissionais anteriores ou posteriores à matrícula no Centro de Saúde e aos sentidos que foram dados aos sintomas e ao sofrimento. Rosa tem história anterior de atendimento psiquiátrico na rede pública numa época em que se sentiu muito perturbada. A procura pela Saúde Mental no presente aparece como busca de ajuda não muito definida (compreensão? apoio?). Luzia freqüentava o Centro de Saúde desde o pré-natal do filho, mas, após o parto, tem “crises” que a levam a procurar a instituição como alternativa, dado que os atendimentos recebidos no Pronto Socorro e no Hospital não eliminaram o sintoma. É atendida, sem agendamento, por clínico geral em função de “crise” (taquicardia, nervosismo intenso) e é, por este motivo, encaminhada para a Saúde Mental. Por mais indefinido que seja o pedido de Rosa, ela descreve e explica o que chama de problemas psicológicos e tem algo a esperar da saúde mental. Luzia segue a prescrição médica e parece fazer qualquer coisa para se livrar das crises.

A análise da interação entrevistadas-entrevistadora levou-nos a concluir que, tanto para Rosa como para Luzia, a entrevista apareceu como extensão dos serviços do Centro de Saúde. As circunstâncias em que se deu a apresentação da pesquisadora deve ter contribuído para isso. A entrevistadora foi posicionada como alguém que iria conferir ou obter dados. Isso ficou particularmente evidenciado no diálogo inicial estabelecido com Luzia. Além disso, Rosa e Luzia espontaneamente introduzem no início da entrevista seus problemas. Luzia fala de suas crises e Rosa refere-se à relação entre homossexualidade e problemas psicológicos, ou seja, o posicionamento de ambas em relação à pesquisadora que sabem ser psicóloga é a de possíveis clientes da saúde mental.

Se o posicionamento das duas em relação à pesquisadora foi, inicialmente, o de clientes ou usuárias diante de alguém do Centro de Saúde, na medida em que introduzem os temas e personagens a esse posicionamento, vão se acrescentando outros.

Para Luzia, os temas recorrentes são suas crises, a condição de empregada doméstica e o local onde mora. Para Rosa, os temas que se destacam são religião, homossexualidade e a relação desta com problemas psicológicos.

No desenvolvimento desses temas, aparece o que denominamos personagens, no sentido dado ao termo por DAVIES e HARRÉ (1990). Foram analisados dentro das narrativas como elementos que dão coerência para o “self”, ou como parte dos argumentos desenvolvidos para explicar o sofrimento e pedir ajuda.

Luzia, na medida em que conta a sua história, vai, cada vez mais, se posicionando como a “queixosa”: a empregada doméstica desconsiderada e que não é atendida em suas necessidades pelos outros (patroas e médicos). Os membros de sua família aparecem em sua fala como doentes, com crises de diferentes espécies, reforçando sua explicação de o que tem é inevitável, mal de família.

Rosa traz, como personagem destacada, o “eu” que se contrapõe aos outros, mas que sofre com a discriminação. Em relação a esse “eu”, alinham-se as personagens presentes em seu relato. Há os que ficam do seu lado (entendem, dão atenção...) e os que se posicionam contra ela ou seus comportamentos (criticam, julgam, não dão atenção). Rosa posiciona-se como diferente, marginalizada e, muitas vezes, culpada.

As ajudas profissionais buscadas em serviços públicos por ambas as entrevistadas não deram as soluções esperadas. Não havia vagas, as consultas eram marcadas para muito tempo depois, os profissionais não davam atenção aos clientes. As duas se referem ao atendimento ambulatorial recebido em dois grandes Hospitais que atendem gratuitamente em São Paulo: o Hospital das Clínicas e a Santa Casa, e ambas se referem ao médico particular como alguém capaz de dar solução para o problema. São casos que ilustram como a população de baixa-renda foi construindo, à sua maneira, a partir das experiências de atendimento, o que é denominado por COHN et al. (1991), a *cesta básica* de serviços de saúde, utilizando seus próprios critérios de acesso a eles. Observam também os autores que, em decorrência da política pública de saúde no Brasil, o atendimento médico-hospitalar foi, durante décadas, o mais visível para a população. Hospital e Pronto-Socorro (sejam públicos ou privados), além de garantirem, no imaginário popular, a presença permanente do médico (o que não ocorre num Centro de Saúde), teriam condições de intervenção e diagnóstico mais rápidos e eficientes, o que, na prática, acaba não sendo verdadeiro, pelo menos em relação ao último critério, como relatam as entrevistadas.

Ambas as entrevistadas mencionam a consulta a médico particular. Rosa refere-se a este como o único “bom” atendimento que teve, deixando claro a importância da “descoberta” de problemas como sinal de competência. Junto vem a avaliação de ter sido “compreendida”. Luzia cita o recurso ao médico particular como alternativa para um atendimento mais rápido.

No relato das duas entrevistadas, as crises aparecem dando visibilidade a um problema ou a uma doença que deve ser tratada para evitar a

loucura (como diz Rosa) ou a morte (no caso de Luzia). E vão aparecendo as explicações ou hipóteses sobre a causa da “doença”. Ambas mencionam as hipóteses médicas. Rosa cita o EEG que acusou um *desvio* e Luzia faz menção à hipótese de psicose puerperal e possíveis problemas cardíacos. As explicações médicas, relacionadas a sintomas orgânicos legitimam as “queixas”, e esse sentido parece capaz de excluir outros que levariam a um tipo de tratamento diferente. Ser nervoso é não ter nada, como relata Luzia, referindo-se ao atendimento recebido no Pronto Socorro. Tanto Rosa como Luzia dizem esperar algo mais, algo que vá além da prescrição de remédios ou aplicação de injeções, da consulta impessoal e rápida, de pedidos de exames. Nas duas entrevistas, os médicos apareceram como os que definem a normalidade dos sinais, tendo como referência a população de mulheres (o atraso da menstruação de Luzia) ou a população em geral (desvio no EEG de Rosa). As vivências passadas de cada uma, os repertórios dos diversos grupos nos quais se inseriram, as explicações médicas por elas reinterpretadas estão presentes em suas narrativas de forma contraditória. A busca do sentido aparece sob a forma de perguntas ainda não respondidas. Seriam elas doentes? Diferentes? Nervosas? Frescas?

O atendimento no Centro de Saúde foi avaliado positivamente pelas duas: puderam falar de suas queixas, foram bem tratadas, o atendimento foi rápido, sem espera. Quanto ao atendimento na Saúde Mental, que constou apenas da sessão de triagem em grupo, foi avaliado como tendo um efeito positivo, como se já se tratasse de algum tipo de tratamento. Dado o motivo que está por trás da “queixa” de Rosa, o atendimento em grupo foi visto como negativo, não a deixando à vontade para falar. O conteúdo das falas dos profissionais na situação de triagem, que se referiam à sua proposta de trabalho não foi mencionado ou lembrado.

V - Considerações finais

Difícil é dar por encerrada uma tarefa que provocou debate interno inesgotável e “revoluções” inimagináveis... A abordagem teórico metodológica, instigante e atual, abriu perspectivas, trouxe novas questões ou aprofundou as que já estavam presentes, transformando e ampliando o problema do encontro (desencontro) do psicólogo e seus clientes das classes populares. De todos os embates internos em que múltiplas “vozes” se alternavam, o mais sofrido foi o que se deu entre a postura clínica que nos levava a hipóteses diagnósticas sobre os problemas relatados e, principalmente dar a eles solução, e a escolha teórico metodológica que buscava na análise discursiva o que chamávamos de renovação radical do olhar. A renovação pretendida significou substituir a cada momento da análise o antigo **olhar** inquiridor que ainda buscava apreender a *realidade* do outro, pelo novo **escutar** ampliado, o que supunha incorporar as intuições da experiência acumulada agora explicitadas por exigência da análise.

A forma de analisar as entrevistas buscou captar o sentido da queixa ou do motivo da procura do Serviço de Saúde Mental, tal como emerge das falas do usuário, e não capturá-lo em categorias apriori.

Tal como acontece em situação de primeira consulta, as pessoas entrevistadas trouxeram suas “queixas”, termo utilizado tanto na clínica médica como na psicológica. Fora do contexto profissional as queixas estão presentes na vida cotidiana e podem ser ouvidas mais ou menos compassivamente, como a expressão do sofrimento ou mal estar do queixoso. Mas mesmo nessas situações há o jogo interativo de interlocutores que se posicionam na medida em que se sucedem queixas e respostas sejam elas

verbais ou não-verbais. No entanto essa interação pode se encerrar quando o que se queixa se considera compreendido ou, pelo contrário desiste de o ser.

No contexto de uma consulta, por mais que o profissional se proponha ao “ouvir empático” ao “compreender” o que define a interação é o posicionamento de alguém que pesquisa **o que** provoca as queixas (doenças, síndromes, etc) ou **que dinamismos** explicariam essa forma de se manifestarem, e que tem frente ao queixoso uma posição legitimada de alguém que a partir de suas “descobertas” é capaz de resolver o problema e\ou aliviar o sofrimento.

FOUCAULT (1963) ao abordar a clínica médica, tal como proposta na atualidade, critica a noção dessa experiência muitas vezes traduzida no vocábulo “*encontro*” entendido como o “*confronto simples, sem conceito, entre um olhar e um rosto, entre um golpe de vista e um corpo mudo, espécie de contato anterior a todo discurso e livre dos embaraços da linguagem pelo qual dois indivíduos vivos estão enjaulados em uma situação incomun mas não recíproca*”.(XIII)

Sem ignorar que as diferentes teorias psicodinâmicas tem propostas de compreensão que não são análogas à clínica médica, a citação de FOUCAULT foi feita para a partir dela pontuar que a análise discursiva tal como proposta nos fez entrar em contato principalmente com os *embaraços da linguagem* e abriu a *jaula* desta relação dual introduzindo o contexto em suas múltiplas dimensões e muitos outros interlocutores, além dos dois presentes.

Os procedimentos adotados nos colocaram na posição um tanto ambígua de formular às entrevistadas questões que de certa forma se aproximavam das que são feitas, vi a de regra na primeira consulta psicológica, mas sem ter nenhum poder de decisão sobre o encaminhamento e nem resposta ao problema trazido. As “queixas” já não foram ouvidas como item da anamnese ou indicadora de hipóteses, mas como narrativas construídas num

contexto social específico, diante de um imperativo presente de dar sentido ao sofrimento e obter a ajuda pretendida, sendo que, fundamentada nos autores que alicerçaram o trabalho não consideramos possível separar o aspecto cognitivo do interativo e situacional. Como afirma SPINK ()

Nossa vida quotidiana é um esforço continuado de produção de sentido, sendo o sentido resultante de um processo ativo (interativo) de elaboração dos conhecimentos derivados do imaginário social de nossa cultura, de sua re-interpretação á luz do contexto social específico e, sobretudo, do imperativo das interações imediatas no aqui-e-agora da vida quotidiana

A análise de *personagens* dessa narrativa nos possibilitou a apreensão do aspecto argumentativo e interativo da situação. Os vários personagens que apareceram nas entrevistas não foram interpretados como criação dramaturgica e intencional, e nem tão pouco como dados documentais sobre os antecedentes pessoais e familiares. Consideramos que a sua evocação se deu na busca do sentido de um sofrimento contribuindo para a compreensão do processo através do qual as pessoas resignificaram a história deste sofrimento. Ao mesmo tempo, a análise foi mostrando a interanimação da narrativa e assinalando a mobilidade do *self* que vai se posicionando de formas às vezes contraditória, dando conta da polissemia do discurso sobre o sofrimento psíquico , foco da entrevista.

As pessoas que chegam a um serviço de Saúde Mental trazem para a situação suas histórias de sofrimento e de múltiplos posicionamentos que as incluem em diferentes categorias. No caso das pessoas entrevistadas, enquanto Luzia se incluiu na categoria de filha, de empregada doméstica, de esposa-mãe, Rosa se incluiu na categoria de adolescente problemática, de lésbica assumida. As “crises” de Luzia e os “problemas psicológicos” de Rosa as incluem na categoria de possíveis usuários de um

serviço de Saúde Mental. É a partir dessa situação que falamos, dando coerência a sua história de vida, trazendo ao mesmo tempo as contradições entre as práticas discursivas referentes ao tema em questão. Há o confronto das práticas discursivas dos grupos primários e secundários aos quais se sobrepõem os discursos religiosos, médicos e psicológicos.

As palavras utilizadas para nomear o sofrimento psíquico circulam na sociedade com os seus múltiplos sentidos e foram por assim dizer colhidas pelas pessoas em suas experiências de vida. Alguns dos termos utilizados, como por exemplo : crise, complexo, problema psicológico, ansiedade, não apenas estão presentes no discurso psiquiátrico e psicológico, como também são encontrados em conversas do cotidiano.

Crise é uma das palavras presente nas duas entrevistas analisadas, e sobre a qual parece existir um consenso semântico, muito próximo da definição encontrada em qualquer dicionário da Língua Portuguesa.¹³No cotidiano, a palavra é freqüentemente utilizada, o que nos levaria a concluir que crise é **crise** não importa quem fala ou em que contexto o faz. Crise adquire uma realidade cristalizada num único sentido. Ao mesmo tempo, a palavra está presente no discurso psiquiátrico e psicológico¹⁴ com um sentido explicativo e diagnóstico, que aparentemente se aproxima da linguagem do cotidiano, mas dela se afasta na medida em que passa a fazer parte de uma linguagem compartilhada por um grupo específico de profissionais, correndo-se o risco de se perder os sentidos do sofrimento, intersubjetivamente construídos.

Nas análises feitas percebemos o quanto o termo crise, no contexto discursivo deu sentido para o *sem sentido*: o que irrompe sem controle, seja um ataque epiléptico, um choro incontrolável ou a persistência inexplicável de pensamentos negativos. O sentido mais ou menos compartilhado

¹³Crise é uma alteração sobrevinda no curso de uma doença (Aurélio)

pelos que vivem e interagem no dia a dia, mais ou menos cristalizado pelos discursos científicos e divulgados pelos meios de comunicação, foi recriado pelas pessoas em um jogo caleidoscópico de ações e interações que as situam e re-situam no mundo das coisas e das pessoas.

A palavra foi destacada por trazer no contexto analisado o sentido do sofrimento na situação de ajuda pretendida, explicitando o aspecto interacional das práticas discursivas. Quando o usuário fala de suas crises a elas é também dado o sentido de sintomas para os quais devem existir explicações médicas ou psicológicas e soluções terapêuticas eficientes. Ao analisar a chamada demanda espontânea em unidades básicas de saúde afirma DALMASO (1996 p.151): *“em uma sociedade, como a brasileira, carente de serviços públicos e cada vez mais doente, o acesso à consulta médica, principalmente a realizada de forma imediata, passou a ser muitas vezes considerado problema premente e direito básico da população”* A consulta médica, tipo pronto atendimento é valorizada como um momento *“privilegiado de atendimento, à qual agrega-se o consumo de exames diagnósticos e de medicamentos industrializados”* (op. cit. p.152)

Fazendo o raciocínio inverso diria que o sentido de crise dado ao sofrimento é num primeiro momento corroborado pela resposta imediata do serviço, não importa qual seja. O ser atendido imediatamente tem um valor indiscutível para os usuários, como avalia claramente Luzia. No entanto, se a crise vivida e sofrida pela pessoa não se resolve, a fala do profissional psi é mais uma entre outras podendo se sobrepor as demais por sua “autoridade” ou por sua “sedução”.

Se **crise** se destaca na entrevista de Luzia, o tema emergente para Rosa é a homossexualidade e a busca de sentido para o sofrimento que acompanha a sua opção sexual. Rosa na busca de sentidos do

¹⁴Caplan (1980) expõe uma teoria da crise que fundamentam ações intervencionistas relacionadas à sua discutível proposta de prevenção primária em Saúde Mental. As crises costumam ser mencionadas nas

sofrimento se apropria das práticas discursivas sobre o tema : desde os diferentes termos que utiliza para se identificar (sapatão, entendida, lésbica) , o discurso do “gozo” conflitando com os discursos do pecado, do desvio ou doença mental. O **complexo**, termo emprestado da psicanálise¹⁵, dá o sentido psicodinâmico ao sofrimento de uma vida inteira de alguém diferente dos outros e por isso **complexada**, e ao mesmo tempo a aproxima do código da entrevistadora psicóloga. De certa forma a explicação psicológica abre as portas para um acolhimento que a incluirá nos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde, atenuando a insegurança de enfrentar uma instituição pública de saúde cujos serviços são percebidos como destinados á mulher reprodutora, grupo a que a usuária não pertence, como faz questão de declarar já na sessão de triagem.

O encaminhamento para a Saúde Mental é nos dois casos analisados, prenhe de sentidos. Entre os profissionais há códigos de referência que traduzem a polissemia do nervoso, por termos tais como *somatização*, *stress*, *ansiedade*, *neurovegetativos...*(DUARTE, 1993 p.45). Nas estatísticas do primeiro semestre de 1996 do CSE Barra Funda encontramos *ansiedade generalizada* como a causa mais frequente de atendimentos na Saúde Mental.

Luzia parece representar bem o grupo dos psicossomáticos” ou “neurovegetativos”, tão comuns nos serviços públicos de saúde. Poderia ser incluída no grupo dos “poliqueixosos” investigado por CHAMMÉ,S. (1991). São usuários que rompem com a lógica da clínica médica por apresentarem queixas variadas, inconsistentes e, na maioria das vezes orgânicas, sendo

considerações que propõem as chamadas terapias breves. (Small,L.,1974)

¹⁵No Vocabulário da Psicanálise de PONTALIS E LAPLANCHE -(1970) encontramos não apenas o apanhado histórico suscito sobre o seu significado para diferentes autores, mas a seguinte transcrição de Freud “...e uma palavra cômoda e muitas vezes indispensável para agrupar de forma descritiva fatos psicológicos. Nenhum outro termo instituído pela psicanálise para as suas necessidades adquiriu tão larga popularidade nem foi mais mal aplicado em detrimento de conceitos mais exatos” Segundo os autores o termo obteve os favores da linguagem comum (ter complexos,etc). Inversamente foi conhecendo o progressivo desinterêsse dos psicanalistas se exceptuarmos as expressões “complexo de Edipo” e “complexo de castração”.

freqüentes sintomas cardíacos sem causa diagnosticada. Segundo o citado autor o serviço, através de suas respostas cria a “rotina da procura”.

Ao ter se queixado e tomado o medicamento sem ter sido conseguido o seu objetivo - que seria o de alcançar a cura - ele irá reinvestir em outra especialidade desta feita reanimado e rearmado de um novo discurso, porque a cada vez que vem ao médico ou ao serviço de saúde ele receberá novas informações, ampliando seu vocabulário a respeito de doenças, variedade de medicamentos
(CHAMMÉ, S., 1996, p. 209).

O termo poliqueixoso traduz a nosso ver mais precisamente a relação do usuário com o serviço, encoberta pelas categorias pseudo diagnósticas que justificam o encaminhamento para a Saúde Mental que acaba acolhendo o que não faz sentido para a clínica médica.

No caso de Rosa que configura um pedido de consulta mais espontânea, mesmo que eventualmente sugerido pela atendente por ocasião de sua matrícula, a Saúde Mental é a passagem possível para o “outro” sentido da sexualidade feminina.

Esse lugar institucional de dar sentido para o que não faz sentido para os outros (profissionais ou não) pode ser interpretado de diferentes maneiras. Por um lado, aproxima a Saúde Mental da polissemia ou polifonia do sofrimento psíquico que se traduz em pedidos de ajuda nem sempre claros. Por outro a confina com os “seus loucos” em um espaço que pouco se comunica com os demais, lugar de profissionais com a capacidade de ver o invisível, ouvir o impronunciável e incapazes de explicar aos outros como e o que fazem.

Retomando as idéias expostas no início do trabalho e que nos ajudaram a definir a questão a ser investigada, diríamos que aceitar como

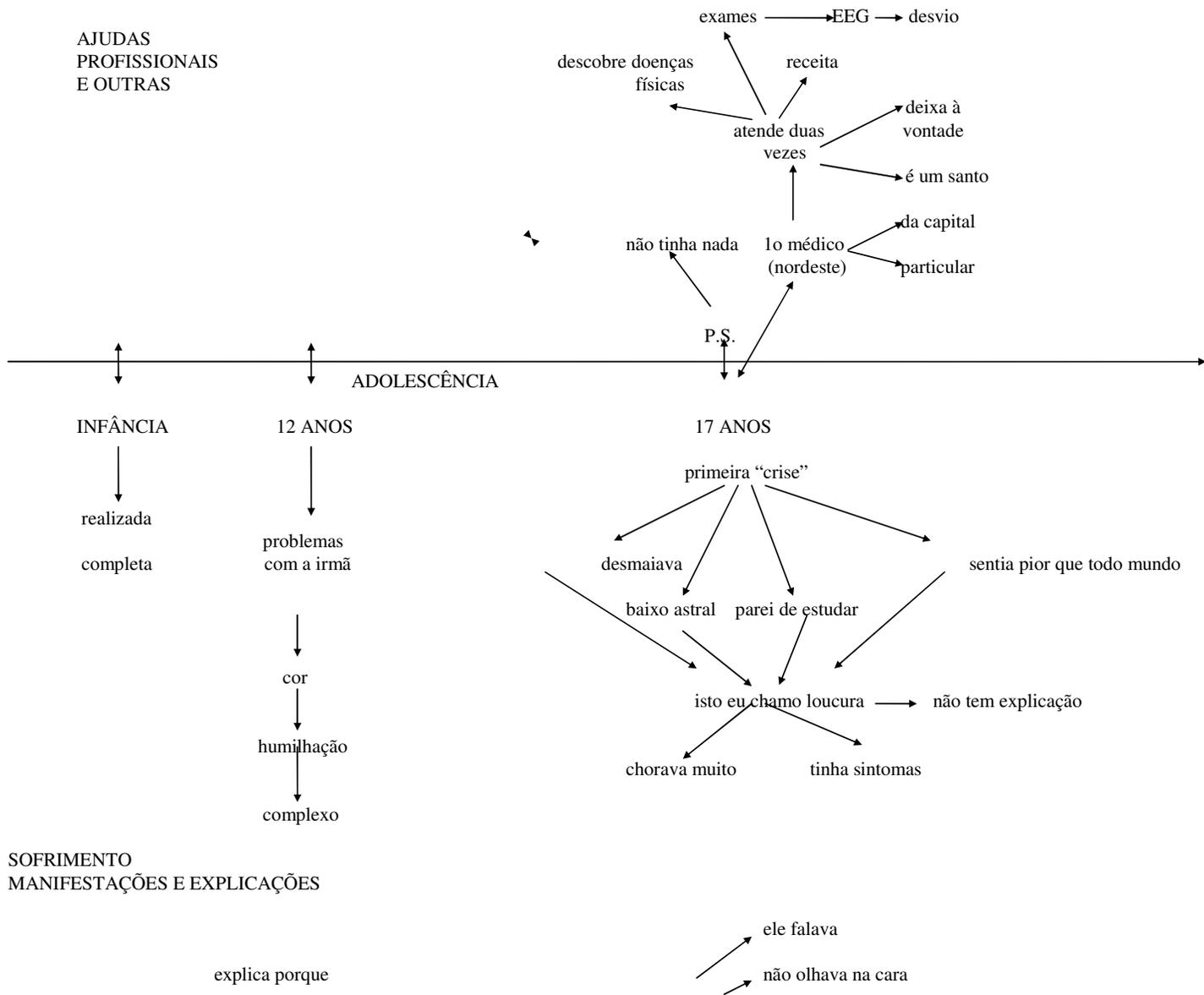
propósito dos serviços da rede básica de saúde - incluindo entre eles os de Saúde Mental - a reconstrução de necessidades nos leva a rever as práticas tradicionais que fazem parte do repertório da maioria dos psicólogos. O importante, além ouvir, compreender ou acolher as queixas é, antes de mais nada, resignificá-las. A resignificação não ocorre apenas em processos psicoterapêuticos mas em todas as interações com usuários e com os outros profissionais que trabalham na instituição. A sessão de triagem em Saúde Mental deveria ser reinterpretada como atividade que possibilita a circulação de todos os sentidos, os das explicações psiquiátricas e psicológicas e todos os outros. Neste coro de vozes os profissionais são, ao mesmo tempo uma delas e maestros capazes de facilitar o aparecimento de dissonâncias (conflito de posições) e dissolver falsas homogeneidades de uma população resignada.

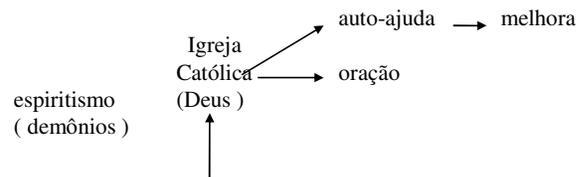
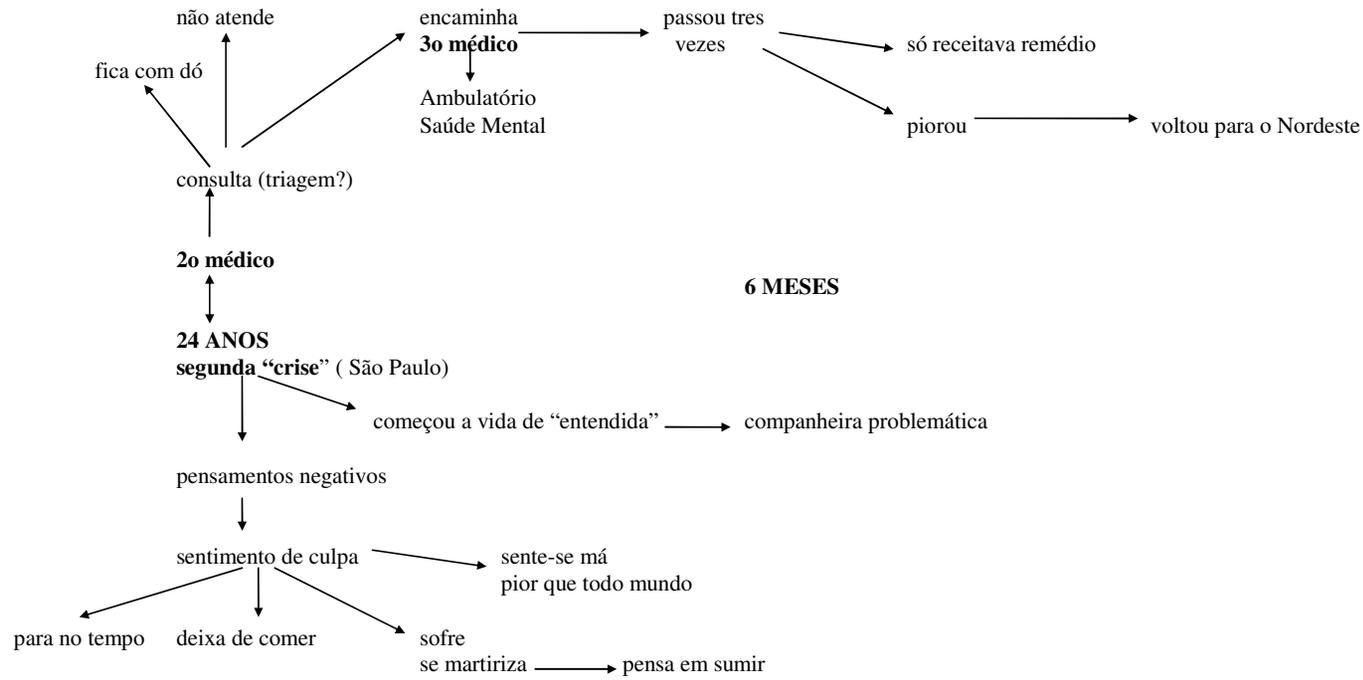
De acordo com os princípios da Reforma Sanitária, os serviços públicos de saúde devem integrar uma rede hierarquizada e regionalizada. Isso poderia ser muito simplesmente traduzido como a organização dos serviços em uma rede básica de fácil acesso à população, próxima ao local onde mora e capaz de solucionar a maioria de seus problemas de saúde. (HENRIQUES,C.M.P,1996). LUZ,M.T.(1991) comenta que na aplicação deste princípio estão algumas questões bastante sérias, entre elas, a possibilidade de levar em conta as condições de vida da população a qual se destina o serviço e a relação profissional-usuário e\ou instituição\clientela.

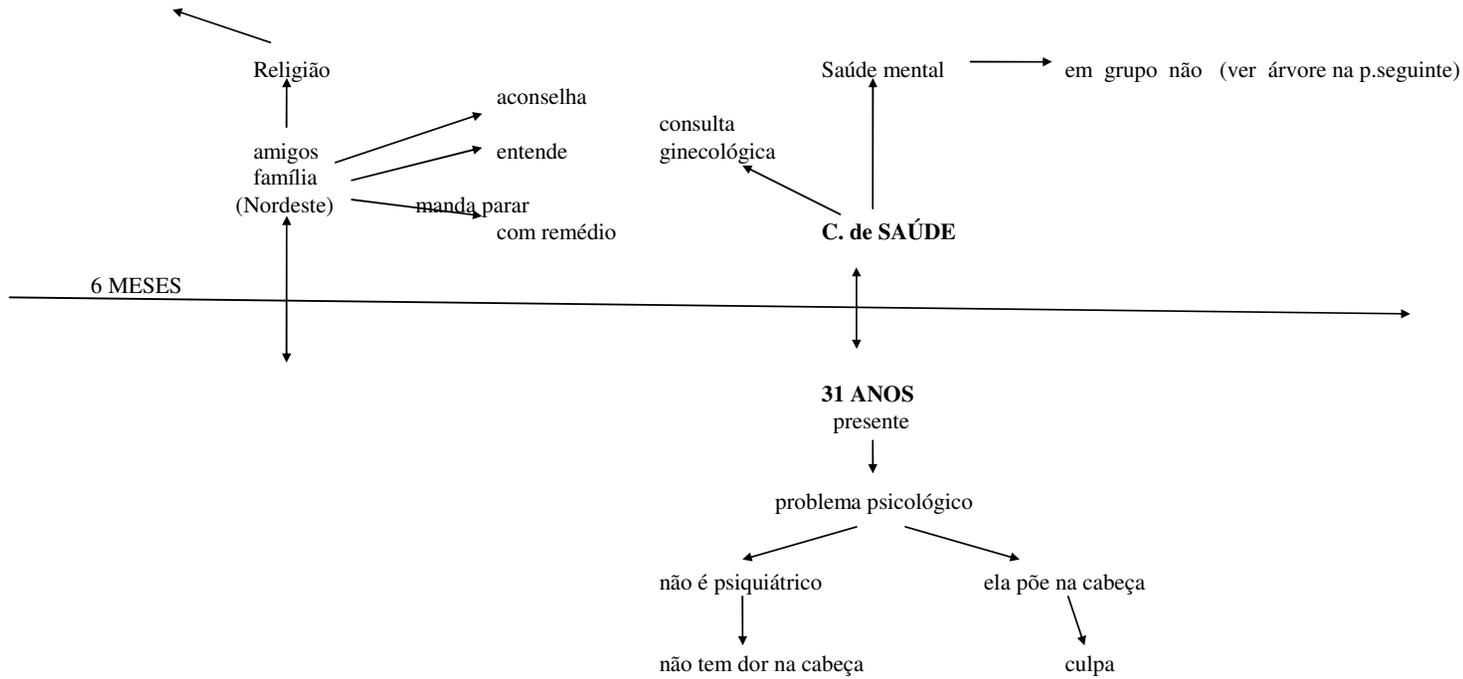
Na prática esse princípio pode ser reduzido a simples regras administrativas. No levantamento que fizemos sobre os serviços de triagem em Saúde Mental na rede pública municipal tivemos a oportunidade de conhecer mais de perto os procedimentos de triagem de uma Unidade Básica de Saúde. A equipe de Saúde Mental usava o verbo “regionalizar” para traduzir a ação de reencaminhar o usuário para unidade próxima a sua residência. Por mais que em reunião feita com esses profissionais estivesse presente um discurso coerente com os princípios da Reforma Sanitária, na prática a linguagem utilizada reduzia um deles a critério burocrático de exclusão.

Por outro lado é possível ampliá-lo aproximando-o do conceito de território como ocorreu em alguns municípios brasileiros. É o que explicita KINOSHITA (1996, p.) ao defini-lo como *o terreno onde alguém produz sentidos e significados*, espaço de inclusão e não de exclusão, portanto. Relacionando este conceito com nossas análises diríamos que regionalizar serviços significa incluir nesse território as instituições de saúde e seus profissionais que são ou deveriam ser **um dos** interlocutores que contribuem para a construção de sentidos da saúde, das doenças e dos sofrimentos dos usuários. Essa afirmação se contrapõe à idéia de que os diferentes saberes e fazeres psiquiátricos e psicológicos são detentores do **sentido verdadeiro** que fundamenta as interpretações dos pedidos e queixas que chegam. Esse sentido é **negociado** com a pessoa desde o primeiro contato. Sem essa negociação continuam sem retorno as propostas de atendimento de todos aqueles pedidos (sintomas) não esclarecidos que caem na vala comum dos “poliqueixosos” dos “psicossomáticos” dos “neurovegetativos”, ou dos sem disponibilidade para psicoterapia.

Recorrendo à metáfora da jaula usada por FOUCAULT (1963) concluímos constatando que mergulhar nas práticas discursivas nos deu a possibilidade de romper grades e transformar a vertigem inicial causada pela mobilidade de um mundo discursivo numa busca de possibilidades em que o encontro com o outro trará sempre o imprevisto, o inusitado, o não-eu, o movimento que é a vida que jamais será capturada por qualquer profissão.

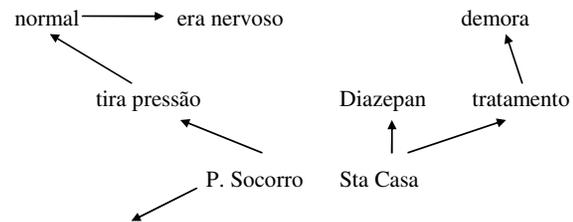


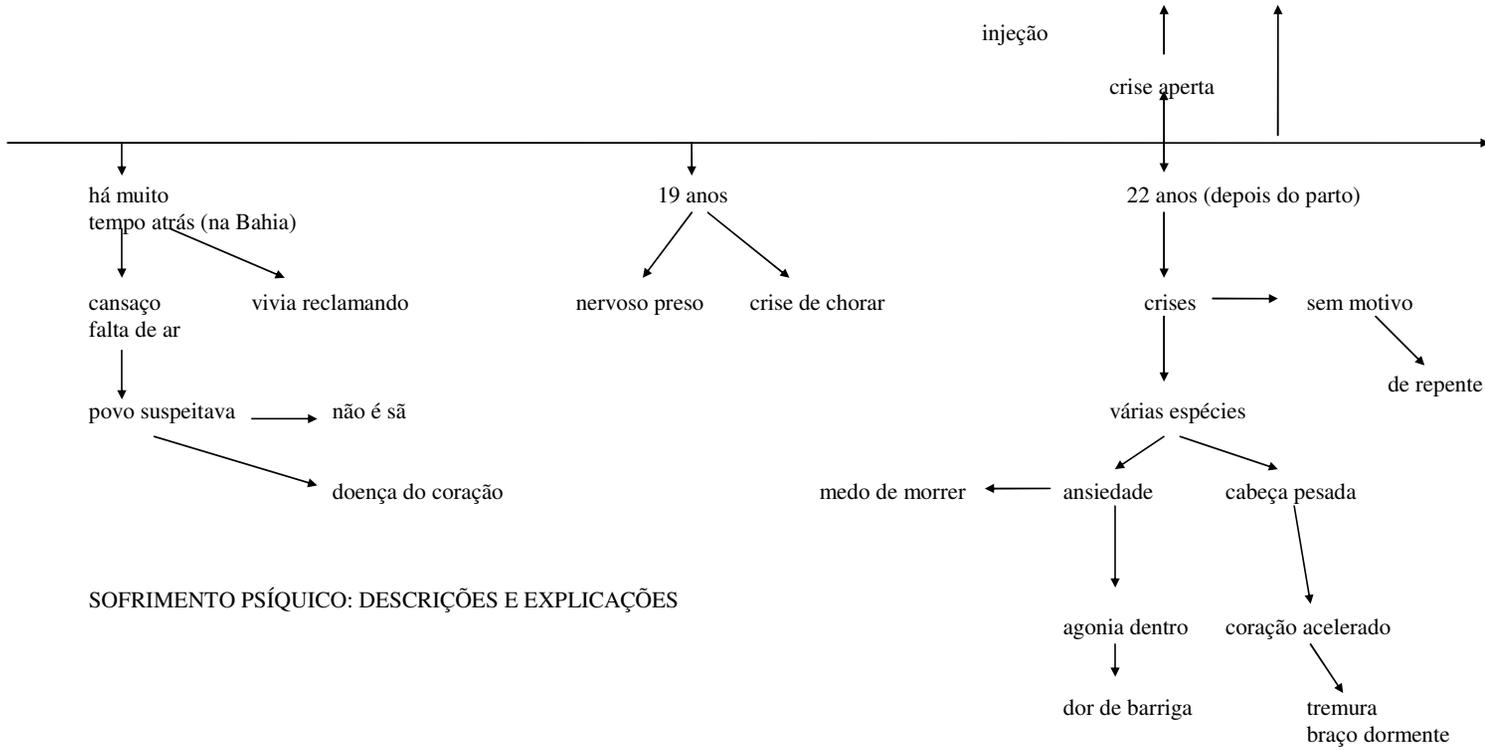




7. Linha narrativa

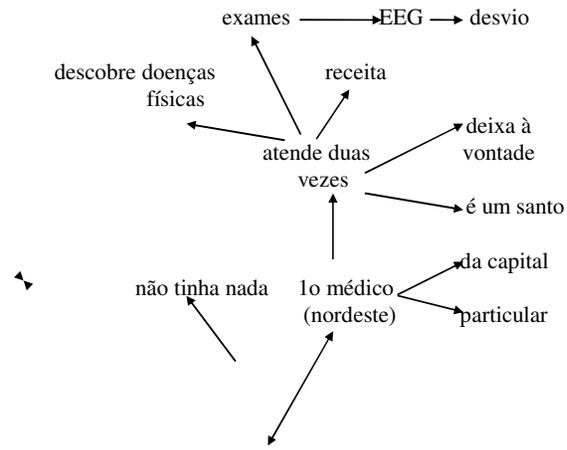
AJUDAS PROFISSIONAIS

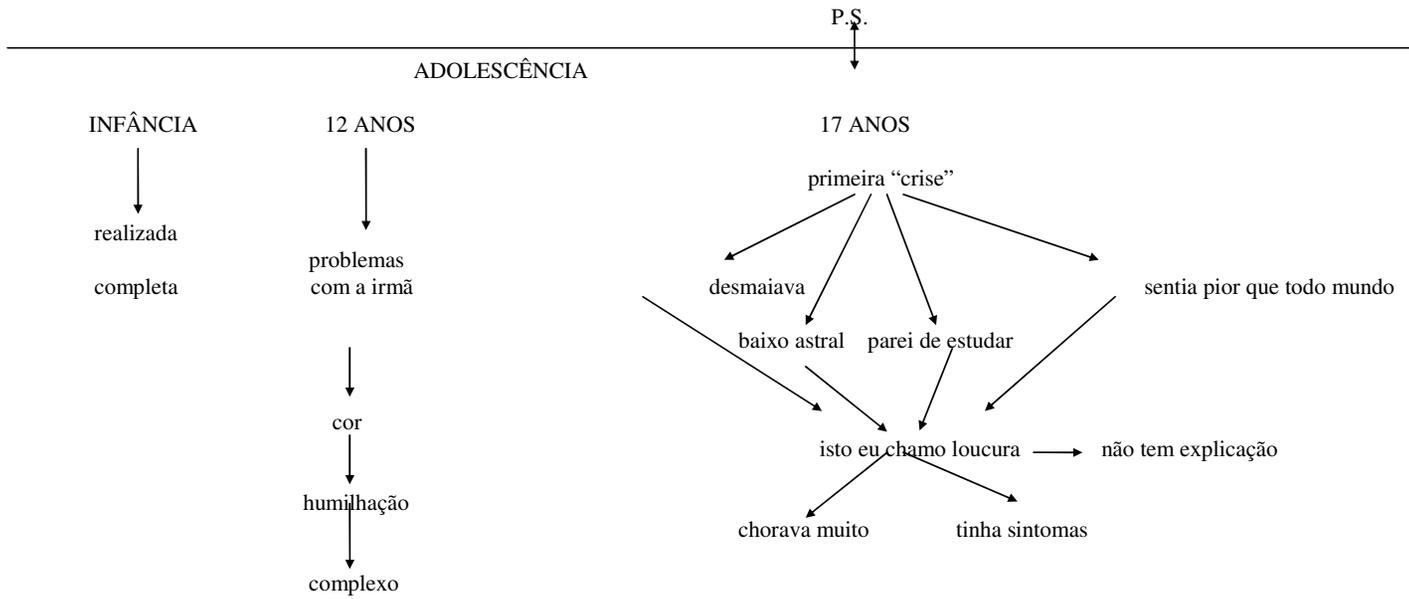




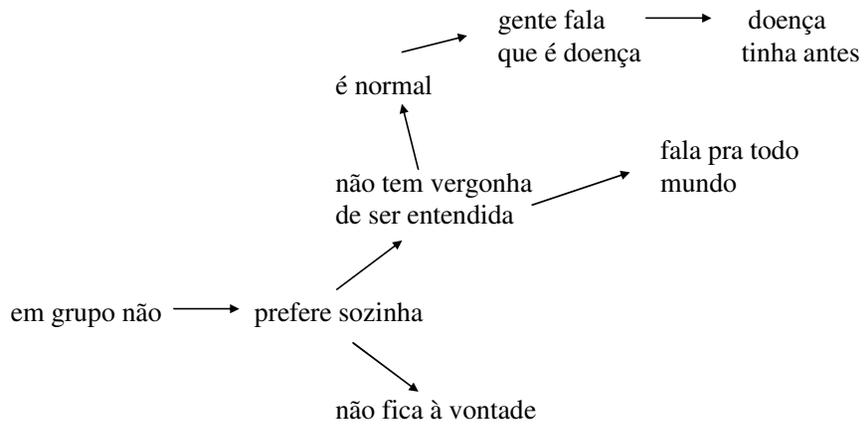
SOFRIMENTO PSÍQUICO: DESCRIÇÕES E EXPLICAÇÕES

AJUDAS PROFISSIONAIS E OUTRAS





(cont. da pag anterior)



→
pessoas não
entendem →
problemas psiquiatra
 psicólogo sim

QUADRO 1A

O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Trecho da entrevista de L9 a L37

COMO NOMEIA	COMO DESCREVE	COMO EXPLICA	O QUE DIZEM OS OUTROS
<p>L9 -..... Aí me deu <u>crise</u>. Aí a mulher veio me trazer aqui e daí não teve nem como trabalhar maisporque.....</p> <p>O24 - E aí você foi trabalhar e ...</p> <p>L25 - Fui trabalhar,né, já tinha feito todas as coisas, estava servindo o almoço e na hora que eu estava servindo o almoço</p>	<p>O10 - <i>Como é que deu crise? o que você sente?</i></p> <p>L11 - Às vezes....às vezes...eu sinto várias espécies diferentes. Tem dia que eu sinto ansiedade.Às vezes a minha cabeça, sinto a minha cabeça ficar bastante pesada, o coração fica acelerado.</p> <p>O14- <i>Mas o que você sente para chamar ansiedade?</i></p> <p>L15 - Fico assim com uma agonia assim por dentro de mim. às vezes me dá até dor de barriga (faz gestos acompanhando) Sem ter motivo nenhum.</p> <p>O16 - <i>Você acha que está mais na barriga?Onde você sente?</i></p> <p>L17 - (sorrindo) A ansiedade sinto mais no peito.</p> <p>O20 - <i>E começa de repente?</i></p> <p>L21 - Começa de repente.</p> <p>O22 - <i>E daí? Você fica sentindo isso e ...</i></p> <p>L23- Aí eu tomo Diazepan. Depois que tomo Diazepan melhora... (em tom de voz mais alto) Aí me dá aquela fome aquela tremura, aí eu vou comer, aí eu não sustento(?)... De repente torna a começar tudo novamente... Quanto mais eu como mais medá tremura.</p>	<p>O12- <i>Como é ansiedade, como é isso que você sente...</i></p> <p>L13 - Sem ter motivo nenhum</p> <p>O18 - <i>E você não sabe de onde vem.</i></p> <p>L19 - Não sei.</p>	

<p>para eles começou a me dar crise.</p>	<p>Só falei que estava sentindo dor de cabeça... a cabeça muito pesada, que era o que sempre sentia</p>	<p>Falei como eu vou engravidar se tenho uma criança de cinco meses? Sendo que eu estava amamentando. Por mais que as minhas regras sempre foi descontrolada, nunca desceram certo. Parei de amamentar com 4 meses. Ele está com 6 meses, até agora não desceu</p> <p>Aí fico em dúvida</p>	<p>O26- <i>E o que você fez?</i> L27- <i>Aí eu só falei para ela que não estava me sentindo bem. Não quis explicar tudo para ela.</i></p> <p>Aí ela falou, perguntou se eu queria tomar remédio... ... <i>Aí ela veio me trazer em casa</i> ...<i>Ela falou que gostou do meu trabalho e tudo, mas queria os exames para ela ver.</i> O28- <i>E por que?</i> L29- <i>Porque ela suspeitava do que eu tinha. Porque ela achava que eu tava grávida. (em tom de voz mais alto</i></p> <p>Só que passei na médica, na ginecologista e ela falou que isto é normal. Tem mulher que leva até um ano pra descer. (pausa) Tem gente que fala "Ah, este peso que você sente na cabeça pode até ser por conta do sangue que está preso</p> <p>Tem tanta coisa que o povo põe na cabeça da gente que... O30- <i>Que coisas que as pessoas já falaram para você?</i> L31- <i>Há muito tempo atrás, como eu sempre sentia cansaço e falta de ar, às vezes o povo suspeitava: "Será que você não sofre do coração? E isto e aquilo outro ... assim...</i> O32- <i>Falavam isso...</i> L33- <i>Falavam isso. Tinha gente que falava: "Você parece que não é uma menina são. Você está sempre se queixando de alguma coisa, sempre reclamando...</i></p>
	<p>O34- <i>E o que você acha? Sempre reclama?</i></p>		

	<p>L35- Olha eu sempre... Eu fiquei mais presa por dentro. De uns tempos para cá eu dei para ficar presa. Não ando reclamando para ninguém, bastante assustada. O meu pai e os meus irmãos a maioria do tempo passa mais (inaudível) do que normal... e... (inaudível)</p> <p>Às vezes... me dá medo, parece que eu vou morrer. Eu falo: "Ah meu Deus, será que eu vou morrer?" Fico lembrando das pessoas que já morreram. Então quando eu lembro e penso nisso, isto é uma coisa que me pertuba bastante.</p>	<p>O36- <i>Você pensa às vezes que pode ser isto?</i></p> <p>L37- Ah! eu nem sei o que pensar. Porque eu estou boa e de repente ela começa, né?</p>	
--	---	---	--

QUADRO 1B

O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Trecho da entrevista de O54 a L63

COMO NOMEIA	COMO DESCREVE	COMO EXPLICA	O QUE DIZEM OS OUTROS
<p>O54- Estas coisas que você sente, que idade você tinha quando sentiu a primeira vez?</p> <p>L55 - Eu estava com....eu ...começando assim com ansiedade assim.....eu já tava trabalhando em casa de família..... isto eu já tenho desde os meus dezenove anos</p> <p>O58 - Então você ficava nervosa, depois é que teve as crises.</p> <p>L59 - Só que antes a única crise que eu tinha era de chorar</p> <p>O60 - Então esta crise que era de chorar ficou como?</p> <p>L61 - Depois que esta crise caiu (?)então veio este problema.</p> <p>O62 - Esta é a crise?</p>	<p>O56 - Desde os dezenove anos que você começou a sentir assim?</p> <p>L57 - Ah! Eu nem sei o que pensar.Porque eu estou boa e de repente ela começa, né?</p> <p>Chorava , chorava, chorava bastante. Mesmo eu estando trabalhando, chorava.</p> <p>Fico assustada. Às vezes eu estou dormindo, eu acordo com o coração disparado, e a cabeça meio pesada.</p> <p>L63 - Aí de uns tempos para cá o meu braço deu para ficar dormente....</p>		

QUADRO 1C

O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Trecho da entrevista de L113 a L115

COMO NOMEIA	COMO DESCREVE	COMO EXPLICA	OS OUTROS
L113- A única coisa é isso...me dá essas crises.....A gente ficava com nervoso	<p>... Não sei se é porque na gravidez dele eu também levei bastante sustoTomei muito susto na gravidez dele...</p> <p>O114 - <i>Susto com o que?</i></p> <p>L115 - Aqui mora muitas pessoas que bebe.Eles brigava tarde da noite, junto da janela. Eu tava dormindo, daí eu tomava aquele susto. Era tão ruim</p>	

[o2] Comentário:

QUADRO 2

AS AJUDAS PROFISSIONAIS ANTERIORES

Trechos da entrevista de L71

COMO CHEGA	ONDE CHEGA/ QUEM ATENDE	O QUE FAZ/ O QUE DIZ O PROFISSIONAL	COMO AVALIA O ATENDIMENTO
<p>Aí meu pai falou: "Então, como vai</p>	<p>L71- ... na verdade eu vinha me sentindocomo ela veio a apertar bastante. eu sempre estava indo no Pronto Socorro, sempre eu estava indo na Vitorino Camilo, na Santa Casa</p> <p>E eu ia na Santa Casa</p>	<p>Na Vitorino Camilo, quando eu chegava</p> <p>Tirava a pressão, a pressão estava boa. Então eles falavam par mim que isto era nervosos, que eu tinha que me controlar</p> <p>Diazepan para mim. Aí eles falaram par mim que u tinha que fazer um tratamento, né? Teve um médico que chegou a suspeitar que foi do parto. Tem mulher que fica assim....Então ele falou que eu tinha que fazer um tratamento e que eu continuasse a tomar o Diazepan.</p>	<p>eles só me aplicava injeção.</p> <p>eles só passou</p> <p>Só que a próxima consulta onсульта que ele passou ainda seria no dia 17 deste mês, aí tava muito longe, né?</p>

demorar, vê se você faz isto particular, que eu pago para você “.			
--	--	--	--

QUADRO 3A
O ATENDIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE

Trechos de O64 a L79

COMO CHEGA	ONDE CHEGA/ QUEM ATENDE	O QUE FAZ/ O QUE DIZ O PROFISSIONAL	COMO AVALIA O ATENDIMENTO
<p>O64- <i>E agora me conte como você chegou no Centro de Saúde pela primeira vez.</i></p> <p>L65 - Não, eu só fui lá quando</p> <p>Meu marido já tinha o cartãozinho de lá. Ele falou para mim fazer o pré-natal lá então...porque também seria perto para mim e era muito bom, então eu fui fazer o pré-natal lá.</p> <p>E66 -<i>Aí você fez o pré-natal, e depois?</i></p> <p>O68 - <i>Como você foi para a Saúde Mental? Quem falou para você ir?</i></p> <p>L69 - <i>O Dr. Otávio.</i></p> <p>L71 - (trecho do quadro nº2)</p> <p>...Só que como eu resolvi ir no postinho aí não precisou</p>	<p>eu fui fazer o pré - natal.</p> <p>L67 - Depois continuei passando com o pediatra dele (do filho) também...com o Dr. Sérgio...</p> <p>Eu conversei com as meninas.....</p> <p>O72- <i>O que não conversou?</i></p> <p>L73 - Eu só falei para elas que eu não estava me sentindo bem.</p> <p>O74- <i>Onde você falou isso?</i></p> <p>L75 - Na sala de agendamento.</p> <p>L77 - Aí elas falaram par mim ir na sala 3 (Sala de Enfermagem)Aí cheguei lá e falei com a moça, que eu nem sei o nome dela, uma que usa óculos. Aí ela</p>	<p>porque chegou lá foi tudo tão rápido...</p>	

me falou para mim fazer.... par passar lá na triagem. (Saúde Mental) não sabia que tipo de médico era, se era neurologista, se era psiquiatra	falou para eu passar com o Dr. Otávio. Daí eu passei com o Dr. Otávio. O78 - <i>Neste mesmo dia?</i> L79 - Neste mesmo dia..... Daí eu falei com o Dr. Otávio, ele foi e me pediu um Eletro do coração e		
---	--	--	--

QUADRO 3B

O ATENDIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE

Trechos de O104 a L107

COMO CHEGA	ONDE CHEGA/ QUEM ATENDE	O QUE FAZ/ O QUE DIZ O PROFISSIONAL	COMO AVALIA O ATENDIME
			<p>O104- <i>E então você teve aquela conversa lá no centro de Saúde. você entende o quê? O que eles falaram para você?</i></p> <p>L105 - Ah.....eu nem sei expl (atendimeno na triagem) Só sei , foi uma conversa boa. Eu gostei conversa dele....</p> <p>O106- <i>Você gostou?</i></p> <p>L107- Eu gostei. Gostei. A gente bem mais leve.</p>

QUADRO 1A
SEXUALIDADE

Trecho da entrevista de R14 a R22

COMO SE POSICIONA	COMO SE SENTE	COMO EXPLICA	O QUE DIZEM OS OUTROS
<p>R14 -Não, veja bem.....Eu e minha irmã , nós somos entendidas.Você sabe o que é, né?</p> <p>O15 - <i>Não.</i></p> <p>R16- Somos lebis...lésbicas, entendeu? Então, quando a gente morava no Brás, ,o caso da minha irmã tinha este apartamento e então convidou a gente para vir morar cá. E....então....a gente mora com o caso dela e eu tenho o meu caso a parte.</p> <p>O17- <i>Não mora com você....</i></p> <p>R18 - Não, não mora comigo. Só no final de semana.....uma vez ou duas por semana.</p>	<p>O19- <i>E para você isto é tranqüilo?</i></p> <p>R20 - Sossegado.</p> <p>.eu acho que é psicológico.....então eu acho que isto aí não influi em nada. É uma coisa que eu gosto, que eu</p>	<p>R22 -até os meus 24 anos, nunca tive contato com homem, muito menos com mulher.Depois dos 24 anos, tenho agora 31...Tenho seis anos de entendida,né? Eu convivi com duas pessoas,né?O primeiro caso e agora o segundo. Bem, antes de eu me descobrir, né?.....uhm.....eu já tinha assim os meus problemas psicológicos</p>	

	<p>quero...Não vou lhe dizer tipo como é relação com homem porque eu nunca tive, tá?e não sinto vontade, não sinto mesmo. Homem para mim é amizade e mais nada</p> <p>.Para mim não é, sinceramente.É uma coisa que eu gosto realmente de fazer. Me sinto bem.....</p>		<p>Quer dizer.....muita gente acha que isto é....problema....é a pessoa que quer se esconder...</p>
--	--	--	---

QUADRO 1B

SEXUALIDADE

Trecho da entrevista de R60 a R70

COMO SE POSICIONA	COMO SE SENTE	COMO EXPLICA	O QUE DIZEM OS OUTROS
<p>R62-Bom...eu achei legal, né, só que eu prefiro mais sozinha...</p> <p>Sou assumida.</p>	<p>Não tenho vergonha de dizer que sou entendida, não tenho mesmo.</p>		<p>. porque tipo assim muita gente não dá pra falar assim à vontade, né?</p> <p>Todo mundo sabe....minha família...não tenho vergonha. Tanto é que eu falei pra esta menina.....(<i>a atendente do setor de matrícula</i>)...conversei com ela, porque elas pergunta, né, da sua relação sexual, e tal, e você tem que falá, né. Eu não ia falar que tinha contato com homem se eu não tinha.</p>

<p>De repente pode até ser, só que eu não penso assim.</p> <p>-Imagine! Doença nada...doença eu já tinha. Se é doença eu já tinha bem antes...</p>	<p>Isto pra mim não é vergonha, não é peso nenhum. Eu levo.....como.....normal.</p> <p>Normal.Pra mim é normal. Não encaro como um bicho sete cabeças,</p>		<p>como muita gente fala.....que é isto.....que é até doença.</p> <p><i>O63 - Quem você já ouviu falar isto, que é doença? Que pessoas falam isto?</i></p> <p><i>R64 - Ah ! Amizades...mesmo lá no nordeste, a minha irmã. Uma das minhas irmãs que demorou a aceitar a idéia. Inclusive ela é mãe de santo...chorou muito, se descabelou, porque queria fazer o meu casamento igual fez da mais nova, né? Falou que isto poderia ser doença não sei o que.... que leva....vai tratar....</i></p>
--	--	--	---

QUADRO 2A
SOFRIMENTO PSÍQUICO

Trecho da entrevista: de R22 a R30

COMO NOMEIA	COMO D ESCRIVE	COMO EXPLICA	COMO A RELIGIÃO É INVOCADA	O QUE DIZEM OS OUTROS
<p>Bem, antes de eu me descobrir, né?...uhm.....eu já tinha assim os meus problemas psicológicoseu acho que é psicológico</p> <p>O23- <i>Você disse para mim que mesmo a ntes disso, você achava que tinha problemas.....</i></p> <p>R24- Achava não. Eu já tinha com certeza.Fiz tratamento.</p>		<p>R26-..... Tudo começou a partir da fase da....eu tive uma infância realizada, né? completa. Então quando eu fui passando assim de criança para adolescente eu tive um sério problema com uma irmã. Precisa contar o que é que foi?</p> <p>O27- <i>Não se você não quiser.</i></p> <p>R28- Na minha família, meu pai era bem pretinho, né? bem mais escuro que eu. E a minha mãe já era mais clara, bem mais clara . Então eu e a mais velha fomos as únicas que puxamos pro meu pai....Ai, tem aquela coisa, né de irmã...confusão...aquelas brigas...Aí vem a</p>		

		<p>humilhação,você entendeu?Então, vai ver que eu era assim tipo uma pessoa despreparada, então tudo ... eu sempre fui assim...tudo eu coloco na cabeça...assim.</p> <p>.....entendeu? aquilo fica...sabe? entendeu?Agora não. Agora eu já me sinto uma pessoa...bem diferente...Na época, eu era assim ..</p>	<p>"Fulaninha,eu acho teu cabelo feio"</p> <p>A minha irmã me colocava muitos complexos, entendeu?me humilhava pra caramba</p>	
<p>e eu fui me perturbando então foi quando aconteceu a minha primeira crise, aos 17 anos</p> <p>Este baixo astral</p> <p>O29- <i>Que idade você tinha quando começou?</i></p> <p>R30- Na fase dos 12 anos. e aos 17 eu estava quase para ficar louca. Isto é o que eu chamo de loucura. O que</p>	<p>Eu desmaiava...,</p> <p>eu não conseguia estudar mais,</p> <p>Parei com o estudo...Parei...Eu era uma pessoa feliz, contente...</p>		<p>eu tinha vergonha de tudo e de todos, me sentia pior que todo mundo, cê entendeu?</p>	

<p>aconteceu,</p>	<p>Eu chorava muito, cê entendeu? Não conseguia fazer amizade.</p> <p>Eu não tinha capacidade de conquistar ninguém, cê entendeu? Por exemplo...</p> <p>Caso uma pessoa morresse, eu queria saber o porque a pessoa morreu, e como, e o que ela sentia. E eu passava a sentir aquele sintoma, aquela coisa,</p>	<p>porque era uma coisa assim que não dava para explicar, não tinha explicação</p>	<p>Achava que todo mundo que se aproximava de mim era para tirar um barato com a minha cara</p> <p>E a minha mãe me dava muita força, né? "que não tinha nada a ver"</p>	
-------------------	---	--	--	--

QUADRO 2 B
O SOFRIMENTO PSÍQUICO

Trecho da entrevista: de R 32 a R44

COMO NOMEIA	COMO DESCREVE	COMO EXPLICA	COMO A RELIGIÃO É INVOCADA	O QUE DIZEM OS OUTROS
<p>R32-voltei a ter uma nova <u>crise</u> aos 24 anos quando vim para São Paulo</p> <p>Pra uma pessoa como eu <u>problemática que era, cheia de problemas</u></p>	<p>E como que isto acontece?Primeiro vem <u>pensamentos negativos</u>, depois vem um <u>sentimento de culpa</u>, de que aquilo aconteça; tipo, vamos supor, eu penso assim, vai acontecer um acidente com a minha irmã, que ela trabalha na rua. Depois vem um <u>sentimento de culpa</u>, se acontecer foi porque eu pensei. Você está me entendendo, né? Aquilo me martiriza, ali eu paro, aí eu paro no tempo. Ali <u>eu não tenho vontade de comer</u>, sabe porque se acontecer vai ser</p>	<p>Foi quando comecei a minha vida de entendida e o meu caso não foi.....muito.....competitivo a minha pessoa.....não.....não bateu. Era uma pessoa viciada né? que <u>tinha problemas</u> e tal...</p> <p>aquilo foi tumultuando, não sei, e acho que tudo aquilo que passei <u>voltou a tona</u>.</p>	<p>pedindo a Deus que não aconteça,</p>	

<p>O35- <i>Em que tempo, em que época?</i></p> <p>R36- Nesta época aí, na minha primeira <u>crise</u></p> <p>O37- <i>Aqui em São Paulo?</i></p> <p>R38- Não, naquela outra....</p>	<p>culpa minha, você entendeu? Só que aí tem um momento, quando aquilo passa eu penso, né?</p> <p>Se eu falasse assim,</p> <p>se a senhora vai cair aí e vai morrer, quer dizer, se isto acontecer, não foi porque eu falei. Pode...pode... coincidir, que foi tipo uma mera coincidência,</p>	<p>porque se acontecer vai ser culpa minha, você entendeu? Só que aí tem um momento, quando aquilo passa eu penso, né?</p>	<p>Porque eu freqüentei também muito a igreja...me apeguei muito à igreja...</p> <p>Passei a freqüentar grupo de jovens.</p> <p>.....Aí depois que tudo isto acontece eu...sei lá...acho que Deus mesmo me põe assim no lugar.</p> <p>Aí eu começo a refletir e vejo que não tem nada a ver, porque eu acho que <u>uma folha não cai sem que Deus permita.</u></p> <p>que Deus me livre</p> <p>Mas se acontecer foi porque Deus permitiu, né?</p>	<p>Tenho uma sobrinha que é muito religiosa, ela me aconselha bastante...</p>
--	--	--	---	---

<p>O43- <i>Quando você fala" aí me deu uma crise, o que é?Crise é ficar com estes pensamentos?</i></p> <p>R44- É, mesma coisa.Quando <u>eu não tou assim</u> ,né? eu me sinto uma pessoa paranormal, você entende? Porque eu me sinto uma pessoa lá em cima, eu sou uma pessoa inteligente, entendeu? Faço coisas que eu mesmo admiro. Mas <u>quando eu estou perturbada</u>, eu não consigo pensar assim, só penso no pior</p>	<p>Só que naquele momento eu não penso assim, você entendeu? Eu penso o contrário, que foi porque eu quis. Aquilo vai me tomando, eu vou me sentindo uma pessoa má, pior...do que todo mundo, entendeu ? Até eu voltar a pensar que não é nada daquilo, aí já aconteceu muita coisa, eu já sofri pra caramba</p> <p>R42-Isto é horrível. As vezes aquela coisa assim tipo é pra mim fugi, pra mim sumi.... Como sumi? Sei lá, dando um fim, você entende?Só que</p> <p>até hoje eu nunca tentei suicida, mas pra pensar, bem que eu penso.</p>		<p>graças a Deus...</p>	
---	---	--	-------------------------	--

QUADRO 3A
AS AJUDAS DE PROFISSIONAIS ANTERIORES

Trecho da entrevista: de R30 a R32

COMO CHEGA	ONDE CHEGA\QUEM ATENDE	O QUE FAZ, O QUE DIZ O PROFISSIONAL	COMO AVALIA O ATENDIMENTO
<p>Aí foi quando uma cunhada minha falou assim pra mim que tinha um médico lá no nordeste que era muito bom e inclusive eu fui assim de penetra.....tipo amizade</p> <p>eu fui assim de penetra....tipo amizades.</p> <p>as irmãs dela, desta minha cunhada trabalhava. Então ela....muita amizade, né, conseguiu me encaixar lá</p> <p>Ela pediu por amor de Deus para eleeu passar por ele.</p>	<p>R30- chegava a ir a um Pronto Socorro</p> <p>O31- <i>Este médico era particular?</i> R32- Particular. Casa de Saúde XY, era aí em Arapiaca</p> <p>.ele não era de lá, era de Maceió,</p>	<p>e não tinha nada</p> <p>Eu lembro que eu passei por ele duas vezes, só. Ele me pedia para desenhar...ele me deixava a vontade... eu não conseguia falar ...o que eu contava pra elas, elas</p>	<p>Então, este médico para mim, sabe, foi um santo.</p>

		<p>contavam pra ele eu lembro que ele me passou umas injeção que eu sei que era de óleo, era doída pra caramba.</p>	<p>Nesta época, ele descobriu minha anemiaEntão ele descobriu minha anemia... descobriu que eu tinha problemas de rins, sabe? Tudo isto foi ele que descobriu e eu sei que depois deste tratamento dele eu fiquei....não vou dizer a você que foi de um dia pra noite, né? mas eu consegui me recuperar</p>
--	--	--	--

QUADRO 3B
AS AJUDAS PROFISSIONAIS ANTERIORES

Trecho da entrevista : de R46 a R56

COMO CHEGA	ONDE CHEGA\QUEM ATENDE	O QUE DIZ, O QUE FAZ O PROFISSIONAL	COMO AVALIA
<p>R46- Aqui em São Paulo eu procurei ...porque....porque eu pensei no tratamento que eu tive no norte...</p> <p>Daí ela falou assim: “Olha,você procura na...no Bom Retiro...é perto de você . Tem um lugar lá que trata isto também.Vai lá, e tal” Foi quando eu fui pra lá</p>	<p>Inclusive eu me recordo quando eu comecei a me tratar...fui...eu tentei na Santa Casa, não, nas Clínicas</p> <p>Isto foi na psiquiatria das clínicas. Daí, tudo bem.</p> <p>Aqui, não sei se você conhece, perto do Parque da Luz...eu esqueço o nome...eu tenho até o cartão.</p> <p>O49- <i>É ambulatório? Centro de Saúde?</i> R50- <i>É clínica de Psicologia ou de</i></p>	<p>Inclusive a médica que me viu ficou com muita dó de mim...olhe, eu não me lembro do nome da médica. Fui uma vez só, ela falou “ Olha, Raymunda, você vai passar comigo só hoje “, né? é a triagem, não sei como era lá, mas “sinto muito não poder acompanhar o seu caso né? porque “...ela explicou...” a gente tem uma quantidade, pra mim já está lotado”.</p>	<p>R48- Que tinha sido bom. Só que não teve nada a ver, sabe? Não foi dos melhores</p>

	<p>Psiquiatria, não sei.</p> <p>O51- <i>Era gratuito, você não pagava nada?</i></p> <p>R52- Não, não pagava nada...</p> <p>R54- Só de saúde mental.</p> <p>O que você está sentindo?"Aí eu falava...falava...</p> <p>O que você está sentindo...assim...assim..." já pegava a receita de Ocadil, né? Tomei, acho que tomei, o que....uns seis meses</p>	<p>Eu só passei acho que três vezes. Mas eu ia lá e o que o médico fazia?</p>	<p>ele só escre..."</p> <p>O55- <i>Isto que você está falando pra mim?</i></p> <p>R56- Não dava, não tinha chance pra isso."</p>
--	--	---	---

QUADRO 4 A

O ATENDIMENTO NO CENTRO DE SAÚDE

Trecho da entrevista de O57 a R62

COMO CHEGA	QUEM ATENDE	O QUE FALAM \ O QUE FAZEM	COMO AVALIA
<p>O57- <i>Então como você foi ao centro de saúde? Como você chegou lá?</i></p> <p>R58- Esta minha amiga aqui....por intermédio de uma outra daqui do prédio que mora aqui nos fundos e foi fazer tratamento lá de....como se fala....de partes íntimas.. (<i>Ginecológico?</i>) Isto, ginecológico. Então eu...também gosto de fazer tratamento de ano em ano. Ela falou que lá é ótimo. "Vai lá"</p> <p>Eu falei... eu disse então.....então foi quando eu marquei consulta.</p> <p>O59- <i>Chegou a conversar com ela alguma coisa sobre o que você tinha?</i></p> <p>R60- Mais ou menos.</p> <p>Não, eu falei assim que....perguntei se tinha psicólogo, psiquiatra...</p> <p>Então eu contei, né, que onde eu tava</p>	<p>Então fui lá, né, fazer a minha ficha. Quando eu estava conversando com a menina, uma loirinha, ficha de dados</p>	<p>ela falou para "Porque você não procura, né, o tratamento daqui</p> <p>Ela falou assim "aqui é muito bom, inclusive pessoas que vieram de lá - de onde eu vim - deste tratamento, falam esta mesma coisa.</p> <p>ela falou que tinha, que era muito bom.</p>	

não gostei então		ela falou que muitas pessoas que eram de lá tão lá também e	... que falam a mesma coisa que eu falei, que o médico não olha na cara, né. Se não me engano, o nome dele é N....Eu ainda tenho o cartão até hoje....e...ele só... nem olha na sua cara, escreve a receita e te manda embora.
------------------	--	---	---

		Ela falou que as pessoas falaram a mesma coisa para ela.Aí...	
	Tanto é que eu falei pra esta menina....(a atendente do setor de matrícula)...conversei com ela, porque elas pergunta, né, da sua relação		O61- <i>E aí, lá na triagem o que você achou da conversa?</i> R62- Bom...eu achei legal, né, só que eu prefiro mais sozinha....porque tipo assim muita gente não dá pra falar assim à vontade, né? Não tenho vergonha de dizer que sou entendida, não tenho mesmo. Sou assumida. Todo mundo sabe.... minha família...não tenho vergonha

	sexual, e tal , e você tem que falá, né. Eu não ia falar que tinha contato com homem se eu não tinha. Isto pra mim não é vergonha , não é peso nenhum.		
--	--	--	--
