

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

FABIANO DE MELO FERREIRA

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: observador e CAPS II em questão

**PATOS DE MINAS
2018**

**FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

FABIANO DE MELO FERREIRA

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: observador e CAPS II em questão

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia para finalidade de obtenção do título de Bacharel, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientadora: Prof^a. Ma. Aline Fernandes Alves

FACULDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Curso Bacharelado em Psicologia

FABIANO DE MELO FERREIRA

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: observador e CAPS II em questão

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 9 de junho de 2018.

Orientadora: Prof^a. Ma. Aline Fernandes Alves
Faculdade Patos de Minas

Examinador 1: Prof. Me. Dami da Silva
Universidade Federal de Uberlândia

Examinador 2: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Junior
Faculdade Patos de Minas

DEDICO este trabalho aos interessados pelo debate sobre a loucura, e também aos que se disponibilizam em se relacionar com todos aqueles que algo tem para se lamentar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar minha mãe, Marli Maria de Melo, por todo o incentivo, apoio e por acreditar que minhas ideias vão dar certo.

Agradeço a minha orientadora Aline Fernandes Alves, idealizadora da proposta, mestre de vários ensinamentos, especialmente pelo carinho e paciência que teve em lidar com os erros cometidos, pelas ansiedades, que eram tantas e por atender a todas as ligações nos momentos de conflito.

Agradeço também a professora Luciana de Araujo Mendes Silva que se disponibilizou para esclarecer todas as dúvidas sobre a formatação.

Agradeço ainda a toda equipe do CAPS, que permitiu a realização da pesquisa, que só foi possível graças à colaboração e disponibilidade para com a proposta, em especial a coordenadora da instituição.

Dizem que sou louco por pensar assim, se eu sou muito louco por eu ser feliz, mas louco é quem me diz, e não é feliz, não é feliz.

Arnaldo Baptista/Rita Lee

OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: observador e CAPS II em questão
PARTICIPANT OBSERVATION: the observer and CAPS II in question

Fabiano de Melo Ferreira¹

Aline Fernandes Alves²

RESUMO

O presente artigo se trata do recorte de uma Análise institucional, realizada em um CAPS II no interior de Minas Gerais, sendo que foi construído pelo viés da narrativa da experiência das Observações Participantes no cotidiano do serviço. As análises foram construídas a partir dos diários de bordo redigidos pelo observador, aos moldes do que é proposto pelo método cartográfico. A Análise Institucional foi empregada como estratégia de intervenção nos processos de trabalho dos profissionais que atuam no serviço, onde se promoveu espaços de discussão e busca de alternativas para as problemáticas clínicas e institucionais vivenciadas na rotina do serviço. A temática central da narrativa produzida circulou em torno da sensação do não lugar ou do questionamento dos lugares sociais e historicamente construídos na relação com a loucura, o que por mais angustiante que seja e de difícil sustentação, parece ser a única possibilidade para que o processo produtivo não se cesse, para que então, um novo lugar social para a loucura, um lugar de enigma, desconectado da condição de igualdade com o discurso do transtorno psiquiátrico, possa ser construído.

Palavras-chave: CAPS. Observação Participante. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study is about an institutional analysis, realized at CAPS II in Minas Gerais, it was built through the experience of daily observations of the service. The analyses were built using logbooks written by the observer, according to which the cartographic method proposes. The institutional analysis was used as a strategy of intervention in the work process of the professionals who work in the field, in which discussions were held and the search for alternatives on the clinical and institutional problems of the service routine. The main subject focused on the feeling of not belonging or the questioning of social places and historically built in relation to madness, and that although distressing and difficult support, it seems the only possibility for the productive process does not cease, so that the central problematic of Psychiatric Reform can be realized, enabling a new social place for madness, disconnected from the condition of equality with the discourse of psychiatric disorder.

¹ Graduando em Psicologia pela Faculdade Patos de Minas (FPM). fabianomelo6@hotmail.com

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Docente e coordenadora da clínica escola do Departamento de Psicologia da FPM. alineferalves@gmail.com

Keywords: CAPS. Participant Observations. Psychiatric Reform.

1 INTRODUÇÃO

O estudo aqui apresentado trata-se do recorte de uma Pesquisa Interventiva, sob embasamento teórico da Análise institucional, realizada em um CAPS II na região do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais. Tal intervenção foi constituída, prioritariamente, por três estratégias, a saber: 1) observação participante da rotina do CAPS, realizada pelos estagiários do curso de graduação em Psicologia, previamente selecionados, 2) rodas de conversa com toda a equipe (técnica e de apoio) e, 3) rodas de conversas entre a facilitadora/ proponente da análise institucional e estagiários.

A pesquisa-interventiva teve sua gênese no pedido de supervisão de equipe realizado pela coordenadora do CAPS, em contraproposta ao pedido de supervisão, ofertamos o presente projeto, sob viés da Análise Institucional, que, portanto, foi construída a partir de uma preocupação: não ocuparmos o lugar dos *experts*, daqueles que sabem de antemão o caminho, mas sim possibilitando um outro saber, fruto deste encontro. Nesta linha, o caminho metodológico da pesquisa-intervenção, almeja romper com o modelo positivista de ciência, visando aproximações e análises compartilhadas dos processos de trabalho dos profissionais que atuam no serviço. Promovendo por meio das rodas de conversa com toda a equipe, espaços de discussão e busca de alternativas para as problemáticas clínicas e institucionais vivenciadas na rotina do serviço, buscando sempre a promoção de autogestão e de autoanálise dos coletivos envolvidos, gerando novos saberes e práticas.

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar e refletir, na tentativa de traduzir as observações participantes, que foram feitas na rotina do CAPS pelo estagiário, observações durante as rodas de conversa com a equipe, e observações durante as rodas de conversa entre a facilitadora/proponente da Análise Institucional, sendo que o principal material de análise foram os diários de bordo construídos pelo observador. Os diários foram construídos a partir das implicações e reflexões geradas pelos sentimentos vividos durante as observações. Ou seja, um registro de sentimentos, ou seja, um mapa em que contornos e relevos podem ser evidenciados.

Desta forma neste relato, buscaremos apresentar como objetivo específico, os encontros possíveis entre o que foi experienciado pelos autores, as produções realizadas com equipe e pacientes, como também teorizações bibliográficas já

existentes. Não se pretende a partir deste trabalho apontar o certo e o errado. Buscaremos sim cartografar o caminho percorrido e buscar possibilidades que evitem a cristalização e que nos movam para a continuidade de produção.

Considerando ainda a portaria nº1.174, lançada em 2005 pelo Ministério da Saúde, na qual ressalta a importância de programas de qualificação dos CAPS, destacando que uma das principais estratégias é a Educação Permanente em Saúde e a Supervisão Clínico Institucional. Neste cenário que a presente pesquisa-intervenção se constrói, na oferta de um olhar estrangeiro a instituição, que se propõe, não a dizer o caminho correto, mas a compor as reflexões e a busca de reestruturações rompendo com as cristalizações e reproduções que invariavelmente se apresentam no cenário institucional.

2 A LOUCURA ENCONTRA O CAPS: é preciso inventar, pois começos não estão disponíveis

Optamos por iniciar essa complexa cartografia que ambicionamos nesta produção, apresentando alguns marcadores históricos e algumas conceituações já estabelecidas, sobre a loucura, o que para nós parece uma boa forma de começar.

Relacionar-se com a loucura pode ser algo desafiador, considerando que em muitos momentos, sua história ainda é confundida com o 'monólogo produzido pela psiquiatria sobre a loucura', como já nos alertava Foucault, e ainda somos seduzidos por esse movimento (Pereira, 1984, p. 45). Todavia, os conhecimentos sobre o fenômeno da loucura envolvem uma complexidade que transcende classificações diagnósticas e traduções semiológicas, tais conhecimentos dizem respeito a movimentos sociais, políticos e a difícil arte de relacionar-se. Assim sendo – uma arte, um movimento político, um movimento social – trata-se de algo que não começa e nem se finda, com leis ou documentos oficiais, pois quando abordamos a loucura e buscamos uma relação com a mesma se faz necessária uma postura de eterno devir e busca produtiva constante.

Alguns autores, tais como Batista (2014), Caldas e Nobre (2012) e Reis (2014), apontam que o entendimento e as formas de se tratar as pessoas loucas se transformam de tempos em tempos, e que essas mudanças são influenciadas pelas estruturas sociais, pelos discursos, pelas práticas e pelos dispositivos que se organizam em torno de uma normalidade que se contrapõe à loucura. Com o decorrer

desses tempos, o louco passou por rejeição, exclusão, foi adjetivado como alienado, tachado, classificado e hoje é 'reconhecido' como cidadão, o que lhe 'garante' direitos e deveres. Todavia é preciso ressaltar que a rejeição, a exclusão e a alienação talvez impeçam o louco de ser cidadão, pois as concepções e imaginários sobre a loucura não foram substituídas, em muitas vezes o que ocorre é a sobreposição e coexistência de todos esses imaginários, que atravessam a forma que hoje nos relacionamos com a loucura.

Foucault destaca que antes da psiquiatria silenciar a loucura, esta já existia, assim sendo, há registros múltiplos de como a loucura foi sendo compreendida e tratada historicamente. Contudo, um marcador importante para nós é o momento em que a loucura é tomada como doença mental, quando a psiquiatria toma o louco como seu objeto de estudo e intervenção, tornando-se espécie de porta voz da loucura, sob a justificativa de ofertar o melhor tratamento frente ao status de doença. Este marcador é o que permite as sucessivas construções e propostas de tratamento para a loucura, a partir de então: "o que o doente mental ganha em humanidade o louco perde com relação ao poder de tomar, a seu próprio risco, sua própria palavra" (Laia & Aguiar, 2017, p. 18).

A crença de que o louco é incapaz de falar de si, permite a criação de dispositivos que faziam funcionar a lógica de exclusão da loucura, pois o louco poderia apresentar riscos a 'humanidade' e a 'cidadania'. Há registros históricos que evidenciam espaços que promoviam a exclusão e funcionavam como depósito humano. A obra literária de Machado de Assis 'O Alienista', apesar de tratar-se de uma ficção, lança críticas ao modelo hospitalocêntrico, classificatório, que traz, como base de sustentação a supremacia do saber/poder médico. Também é possível encontrar elementos que remetem ao período em que o médico Philippe Pinel "[...] propôs o 'Tratamento Moral' da loucura, espécie de método de reeducação pedagógica centrado na autoridade do médico, que tinha como premissa básica o isolamento terapêutico dos loucos nos hospícios" (Enrique, 2010, p. 24).

Ainda sobre os registros dos modelos asilares excludentes vale mencionar o documentário Holocausto Brasileiro (Mendez & Arbex 2016), que é um registro e ao mesmo tempo uma denúncia sobre o Hospital Colônia de Barbacena, um dos grandes manicômios que já existiram no Brasil enquanto única possibilidade de tratamento para o louco. O documentário retrata os efeitos do silenciamento e da exclusão dessas pessoas, toda sorte de maus tratos, irregularidade no uso das medicações, violência

física em momentos de crises, tratamento eletroconvulsivos, alimentação precária, ausência de cuidados higiênicos, entre outros que poderiam compor uma lista de todas as negligências, mas não é o foco. A partir de denúncias como essa, a medicina psiquiátrica precisou desconstruir sua relação com o internamento médico.

No traçar desta história, eclodiram movimentos que se posicionaram em prol de desenvolvimento de novas práticas, saberes e produções. Ribeiro (2007) menciona que a Reforma Psiquiátrica é um movimento que lançou críticas aos modelos e espaços de enclausuramento, revelou formas substitutivas de trabalho e, de forma progressiva, transformações se tornaram possíveis, compondo o cenário da luta a favor de saúde mental em espaços abertos e da circulação social da loucura.

No Brasil a década de 90 foi marcada por diversos acontecimentos socioculturais, incluindo ações de políticas públicas em saúde mental, que auxiliaram na consolidação da Reforma Psiquiátrica, tal consolidação tornou-se possível após a lei 10.216/01 do Deputado Paulo Delgado, que prevê a extinção progressiva dos manicômios, além de garantir direitos aos portadores de transtornos mentais, tal lei também reorganiza os serviços de atendimento a esses usuários.

Com o advento das implementações legislativas e um conjunto de normas legais reguladoras, foram criados sistemas substitutivos de atenção extra-hospitalar, que são compreendidos como estratégias de atenção ao paciente no desenvolvimento de sua autonomia (Brasil, 2004a).

Nesse cenário surgem os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e outros dispositivos regulamentados pela portaria N° 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS, que foi instituído pelas leis federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever do Estado”, previsto na constituição federal de 1988 (Brasil, 1988).

Os CAPS, são dispositivos que auxiliam na concretização do movimento da reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde preconiza que tais serviços devem ser compreendidos da seguinte forma:

Instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu ‘território’, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os

CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (Brasil, 2004a, p. 9).

Hoje em funcionamento, os CAPS's, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), são dispositivos que foram pensados com o objetivo de substituição do modelo hospitalocêntrico no tratamento de pacientes com transtornos mentais, e como já mencionado, sua estrutura foi pensada para proporcionar saúde, ofertar atividades terapêuticas, consultas médicas, atendimentos psicológicos individuais quando forem necessários. Ele é constituído por uma equipe multiprofissional. Por ser um serviço pertencente ao SUS, deve estar articulado a outros dispositivos na rede de saúde. É preciso destacar que o SUS é complementar a reforma psiquiátrica, pois a reforma acontece primeiro, considerando ainda que ambos os movimentos compreendem que é necessária uma reestruturação da rede de saúde para que os loucos também sejam incluídos nestes cuidados, pois devem ser garantidos a todos os cidadãos (Brasil, 2004a).

O CAPS é um serviço orientado por linhas guia construídas pelo Estado, para melhor atender especificidades regionais, sempre pensando em aspectos singulares dos pacientes. A linha guia do Estado de Minas Gerais de 2006, apresenta de forma clara e objetiva o CAPS, o contexto histórico no qual foi construído, de que forma os funcionários devem se organizar no serviço, de que forma o serviço deve ser organizado, abordagens de acolhimento, entrevistas e o tratamento do sofrimento mental, como também legislações e decretos que regulamentam seu funcionamento.

No entanto, todas essas diretrizes e legislações não conseguem abarcar a complexidade da experiência de relacionar-se com a loucura. Assim sendo, o cotidiano de um serviço CAPS muitas vezes é um desafio. A sedução do silenciamento do louco e da desqualificação de sua capacidade de dizer de si, está sempre presente, por isso é preciso cuidar para que práticas manicômiais não voltem a protagonizar, uma vez que a maior expressão do manicômio não são as suas estruturas físicas, mas sim a relação subjetiva que se estabelece com a loucura e com os loucos.

3 CONTORNOS E DESENHOS: análise institucional e a Cartografia

Traçadas as aspirações da pesquisa-intervenção, bem como os principais marcadores históricos do cenário: o CAPS, compreendemos que o terreno se mostra mais fértil para que abordemos as bases teóricas, conceituais e metodológicas que

nos acompanharam em toda a intervenção e nos substanciaram na produção deste texto. Tanto o método quanto o embasamento teórico, aqui são vistos como aquilo que nos permite alguma abordagem, um contorno tracejado em torno de todo o território de produções/construções que nos propusemos no encontro com a instituição e seus atores. Todavia, em nenhum momento houve a intenção de superestimá-los. Pois a supremacia é da experiência do encontro e suas reverberações. Assim, a escolha da Análise Institucional, enquanto embasamento teórico, e da Cartografia, como direcionamento metodológico, nos pareceu bastante coerentes como ferramentas potentes frente aos objetivos.

O método cartográfico, tal qual proposto por Passos, Kastrup e Escóssia (2015), compreende que toda pesquisa é interventiva, que a neutralidade do pesquisador é utópica e que a pesquisa então se dá no campo da experiência e do encontro. Assim sendo: “A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento do próprio percurso da investigação.” (Passos & Benevides, 2015, p. 18).

Diferente de outros métodos, não há nenhum tipo de manual pré-estabelecido que instrua o pesquisador um caminho exato a seguir, passível de reprodução, nem tampouco instruções sobre o que exatamente deva ser observado. Este método se respalda na concepção de que não existem dados preconcebidos que estariam no território interventivo à mercê da coleta asséptica do pesquisador. Ao contrário, o método cartográfico ressalta que a produção da pesquisa só será possível a partir do encontro. Os dados são construídos pelo pesquisador e participantes e os resultados, na verdade são, narrativas dessas construções que apontam para um novo movimento produtivo, sem o compromisso de reproduções ou generalizações, o que a rigor seria impossível (Passos, Kastrup, & Escóssia, 2015).

Tal método destitui o pesquisador da posição hierárquica do saber dito científico, orientação também comungada pela Análise Institucional. Baremlit (2002) ressalta que a evolução da ciência positivista destituiu os povos de seus saberes, subordinando-os ao saber dos *experts*, o que, em sua análise impede ou dificulta o processo auto-analítico e auto-gestivo dos coletivos. Sendo assim, na construção da análise institucional, é necessário que o analista se retire desse lugar de *expert*, para que então movimentos autônomos possam ser produzidos pelo grupo.

Ainda de acordo com Baremlit (2002) as instituições não são um lugar de manifestação do jurídico, mas sim o lugar de manifestação das relações de produção, relações estas que transcendem os atores e que são transversalizadas por forças instituídos e instituintes, sendo que as segundas são aquelas que promovem movimentos, produção e possibilidades de reorganização das instituições, ou até mesmo a criação de novas instituições. Por sua vez, o instituído é aquilo que dá contorno e organização a instituição, o que é preciso cuidar para que não se cristalize.

A análise institucional é uma estratégia que objetiva o movimento articulado das duas forças supramencionadas, favorecendo sempre a produção e buscando a construção de formas de auto-análise e auto-gestão dessas instituições, sendo assim, o analista institucional, assume a posição do estrangeiro que se propõe a '*estar com*' a instituição facilitando esse processo.

Carregando na mochila essa bagagem de teorizações, conhecimentos e aspirações que fomos nos encontrar com o CAPS. Houve momentos em que tal bagagem, aparentemente, fora deixada '*num canto*', para que não se colocasse "*no meio*" e não impedisse o encontro tão almejado. Em outros momentos, os afetos eram tantos que foi preciso nos agarrarmos nessa mochila para conseguir estar, mas também houveram aqueles momentos em que a única opção aparentemente possível era não estar lá e nesses, apenas a mochila permanecia. Todavia, o nosso esforço, sempre aconteceu no sentido de não nos esquecermos que era apenas uma mochila e o mais importante sempre foi estar lá, disponível para a experiência e para as produções. É disso que estamos falando.

4 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE: implicando-se

Como já mencionamos, o recorte que realizamos nessa produção, diz respeito a posição e vivências do observador participante. Não se trata de fragmentar a complexidade da experiência, o que não seria tarefa fácil, talvez impossível, mas sim de fazer uma escolha sobre o prisma que o olhar está sendo lançado. Pela proposta de observação participante da rotina do CAPS, o estagiário disponibiliza seu corpo para a vivência aquilo que diz respeito às relações institucionais, sente e vive diferentes posições possíveis nesse contexto e é nesse viés que construímos esta narrativa, na vivência do observador que diz do seu encontro com a instituição, seus atores, suas cristalizações e seus movimentos produtivos.

Conceituando:

A observação participante é uma técnica muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. (Queiroz, Vall, Souza, & Vieira, 2007, p. 278).

Então, antes da experiência, do lado de cá, eram apenas os conceitos que existiam, é preciso falar desse primeiro encontro, o da teoria com a prática, o da academia com o CAPS. Assim sendo, nos propusemos a imersão na rotina dessa instituição, todavia é preciso destacar que, no primeiro contato já está contida a história das teorizações sobre as práticas, da primeira divisão entre o grupo dos que pensam, dos *experts*, e daqueles que vivenciam e estão na prática cotidiana dos serviços. Já neste encontro há a produção de um campo de disputa de poder. Em diversos momentos podemos observar que alguns profissionais desqualificavam o saber teórico e em outros o supervalorizavam.

Houve uma cena na qual o observador na tentativa de se relacionar com um paciente que era tido como agressivo, o mesmo foi para cima do estagiário com uma tesoura recusando o contato. Sobre as agressões os funcionários do serviço já haviam alertado sobre o 'risco' que o mesmo apresentava. Após isso alguns profissionais do CAPS, orientando o observador sobre como atuar frente ao paciente em crise de agressividade, questionam os apontamentos feitos pela facilitadora, dizendo: “A psicologia pode até ajudar, mas a prática é outra coisa”; “fala para ela vir aqui então”. Sendo que os apontamentos da facilitadora, eram de que “se relacione com ele, não o exclua”.

Ao passo que em diversos outros momentos, percebemos os mesmos profissionais, em postura passiva, buscando orientações diretivas sobre como proceder e se organizar, desqualificando o próprio saber e enaltecendo a possibilidades de respostas 'corretas' respaldadas cientificamente. Nesse processo, vivenciamos a dificuldade de proporcionar esse encontro, provocar a lógica da soma, na qual nenhum saber necessita se negar para que o outro aconteça, buscamos negar esses lugares institucionalmente constituídos e já cristalizados na tentativa de construir um novo saber, um terceiro, quartos ou até sem enumerações de possibilidades.

Durante as observações foi sendo possível vivenciar as inúmeras divisões e agrupamentos, a disputa por um lugar, por uma função, que minimamente predissesse como devemos agir. Dentro do CAPS, dentro de uma faculdade, se desconectar desses lugares previamente estabelecidos as vezes é angustiante e vivenciamos que nos momentos mais difíceis do encontro nós (observador, facilitadora, equipe do CAPS, pacientes) nos refugiamos nas posições já histórica e socialmente respaldadas. O não lugar dado para a observador nessa pesquisa foi vivido com angústia. A disponibilidade para viver o novo e se transmutar, ao mesmo tempo que é produtor e criativo é angustiante, as vezes insuportável, enlouquecedor.

A vivência das observações, tentando ocupar esse não lugar, trouxeram muita confusão e grande dificuldade de estruturar uma narrativa. A produção desse trabalho guarda em si o desafio de traduzir as afetações em linguagem e comunicação. Lembrando que todas as observações tinham como premissa a afetação por aquilo que estivesse acontecendo independente do que fosse. Estar próximo da loucura foi no mínimo instigante, vivências marcantes, conflitos constantes, de uma natureza até então desconhecida pelo observador, mas que já tinha nome, pois foi assim que a ciência aprendeu a responder as demandas da vida, dando nome e atribuindo significados. A partir das observações foi possível sentir que os acontecimentos não se dão em uma ordem cronológica, esse relato também não se dá. As vivências no CAPS ocorreram de forma em espiral, por vezes a sensação era de repetição, mas a vivência sempre era do novo, a produção de um novo observador, de um novo cenário, de novos pacientes, enfim, os movimentos não cessaram.

No início, a presença do observador despertava curiosidade por parte daqueles que já ocupavam o serviço, sobre quem era esse novo integrante, assim como uma certa necessidade de atribuir uma tarefa ou função, o sentimento era de: *“faça alguma coisa já que está aqui”*, experimentamos a dificuldade de estar nesse lugar sem ter uma função, pois todos ali pareciam ter o seu lugar. Subdivisões em grupos eram sempre evidentes, os fumantes, os delirantes, os violentos, os funcionários e nós. Foi difícil não escolher um grupo, a sensação é que a cada momento fazíamos parte de um desses já constituído, mas os esforços eram de circular em todas as possibilidades e nesse momento pós experiência, conseguimos visualizar que circulamos em todas as rodas tentando também encontrar um lugar.

O incomodo de não ter um lugar nos parece mesmo uma questão compartilhada por todos ali naquele espaço, talvez o ‘lugar’ seja mesmo o de

constante articulação, ou seja, tentar não fixar num lugar, é manter um questionamento em constante circulação das nossas certezas.

O que deve ser feito frente à loucura? Frente aquilo que é estranho a mim? Frente aquele que é tão diferente e igual? O que fazemos com esses que a lei diz que são cidadãos e, portanto, compõe a sociedade, mas a realidade nos impõe distanciamento e segregação? As diretrizes, as políticas públicas, as teorias psicológicas e a legislação da reforma psiquiátrica são claras: não pode internar, não pode amarrar, não pode dopar, tem que promover autonomia, inclusão social e espaços de convivência. No cotidiano do CAPS ouvimos: *“fala para ela (diretrizes, políticas públicas, teorias psicológicas, legislação) vir aqui então!”*

Observamos e vivemos na experiência que estarmos disponíveis para o novo e para as possibilidades pode ser muito sofrido. O primeiro grupo que o observador se aproximou foi o dos pacientes, talvez porque esses suportavam mais a angústia de alguém ali estava sem lugar, que se coloca disponível para eles e para as suas histórias, sem o compromisso aparente de produzir respostas válidas ou validadas por um saber científico. No encontro com essas pessoas que buscavam cuidado no CAPS foi possível ocupar diversos lugares e funções: de ouvinte, de estudante, conselheiro, artista, artesão, amigo, confidente, porta voz, espiritualista, cabelereiro, fumante, professor e inúmeras outras que nem conseguimos dar nomes, a cada dia um lugar era convocado e quanto maior a disponibilidade para assumir essa disponibilidade para ‘camaleão’, mais fluida e criativa parecia se tornar essa relação.

Os pacientes quando percebiam o interesse do observador em conversar com algum deles, logo se aglomeravam, queriam contar suas experiências, falar de si, serem ouvidos, grupos espontâneos se constituíam, inclusive composto daqueles que pareciam negar qualquer forma de participação dos momentos institucionalizados de cuidado. Em muitos momentos sentíamos os relatos em outra ordem, produções que tão próximas do que para nós estaria no campo do dito ‘normal’, mas que naquele lugar eram tomadas como sintomas, até que ponto conseguimos distinguir o que se constitui como doença? Se é doença, precisa tratar, se é sintoma, precisa ser eliminado ou atenuado, as atividades tinham que ter função e objetivos claros, mas a complexidade daqueles relatos e histórias de vida eram tão sofridas, que na maior parte das vezes a sensação que vivenciávamos era de impotência.

Todos os dias acontecia uma roda com atividades chamadas de oficinas terapêuticas, que a maioria dos usuários não participavam. Eles diziam que as

atividades propostas não eram de seu interesse e quando faziam era porque gostavam da atividade. Percebíamos que estes eram momentos importantes, que as atividades faziam pensar, sentir e produzir. Mas ao mesmo tempo, com a constância dessas oficinas também observamos que elas aconteciam porque tinham que acontecer, porque é esperado do CAPS o trabalho de grupo. Caracterizavam e davam a função do serviço e acima de tudo parecia ser o momento que contornava a relação do grupo de profissionais e de pacientes. Havia conversas significativas que aconteciam no fumódromo, mas que nos grupos terapêuticos não encontravam lugar. E então, fomos percebendo que alguns pacientes não aderiam aos grupos dos profissionais da mesma forma que alguns profissionais não aderiam aos grupos dos pacientes. O encontro desses dois segmentos se tornava muito difícil e a relação burocrática, perdia o seu potencial transformador e reduzia-se a meros dispositivos de ocupação de tempo, como apenas mais uma tarefa a ser cumprida pelos profissionais e pacientes que frequentam o serviço.

Quando me sentia sem lugar percebia que ao lado dos pacientes não precisava procurar lugar. Houve os dias que saía do CAPS sentindo medo, raiva, insegurança e rejeição, alguns pacientes relataram que nem sempre eram sinceros e francos com os profissionais, pois se sentiam julgados e ganhariam remédios a mais, em muitos momentos nos sentíamos cúmplices daquelas sensações. Depois de idas e vindas, alguns dos pacientes pareciam que tinham mais confiança em nós do que na equipe. Sentia-me um deles. Fiz parte desse grupo, senti muito medo de enlouquecer e não ser mais ouvido. Nesses momentos a angústia era tamanha, que tentava recorrer ao meu lugar de estudante de Psicologia, responder e devolver algo àquelas demandas tão sofridas que me eram apresentadas, mas a orientação era clara, *“tem que ir e ficar, sem ter um assunto específico para investigar, apenas escutar e flutuar”*. Essa relação não retornável era muito angustiante, não ter finalidade é difícil de sustentar mas, quando conseguíamos encontros fantásticos e muitas vezes prazerosos aconteciam.

Não há palavras para descrever, certos momentos nas conversas com os pacientes no fumódromo quando os pacientes faziam o seu grupo e eu participava. Certa vez nos foi proposto que fizéssemos uma festa imaginária, já que estávamos ali sem fazer nada, nessa festa cada um iria contribuir com algo, um levava o som, alguém maquiava, a outra arrumava o cabelo, tinha os responsáveis pela carne, esse foi um momento totalmente fora do protocolo. O não compromisso em explicar o

porquê estávamos fazendo aquilo trouxe tranquilidade e algo acontecia, a comunicação fluía, elaboração sem lamentação, e as risadas compartilhadas com aqueles que na maior parte dos dias só tinham tristezas para partilhar, naquele espaço e tempo, nos indicavam a produção, a tão almejada intervenção terapêutica, na festa todo mundo tinha o que contribuir e então se dissolvia os lugares do que assistia e daqueles que eram alvo de assistência, o poder compartilhado parecia ter mais potência.

Depois de algum tempo indo observar percebi que todas as minhas inquietações eram produzidas pela falta da descrição que eu buscava, nos momentos em que encerrava as observações, sentia como se não estivesse participando de uma pesquisa, como aquele que coleta os dados e isso fazia com que voltasse a me questionar qual era o meu lugar de pesquisador, estudante, futuro profissional ou futuro paciente. O pensamento que não saía da cabeça era: “o que fazem os pacientes nos finais de semana?”.

Essa pergunta que nos acompanha parece ter relação com o grande desafio da convivência com a loucura que extrapola os muros do CAPS, se já é tão difícil nos desvencilharmos de tantas interferências para estar com a loucura dentro desse lugar que parece ser o privilegiado para esse intento, como que seria possível isso fora? O que devemos fazer para que a loucura possa circular pelas ruas sem que isso seja um perigo? Quais os perigos que envolvem essa relação com loucura, para as pessoas loucas e para aqueles que são ditos normais? O que o outro grupo, o dos profissionais deve fazer para que isso seja possível? Não seria essa a máxima do tratamento, promover autonomia e maior inclusão social? Novamente a pergunta de qual é a função de quem se propõe a tratar da loucura?

Com todas essas questões e angústias nos aproximamos desses profissionais, quando nos colocamos em relação com eles no lugar da pessoa louca, percebemos negligência, tutela, silenciamento pelo discurso da doença, quando desejamos fazer parte desse grupo de quem cuida compartilhamos dúvidas, angústias, o peso do mundo nas costas e a dificuldade de não saber.

Pequenas atitudes de tutelas são travestidas de proteção. Proteção contra a vida (sim a vida pode ser perigosa!), proteção para todos os grupos, profissionais, pacientes e sociedade, até a própria divisão dos grupos parece existir como forma de proteção. Silveira, Rezende e Moura (2010) mencionam que as divisões podem ser uma forma que os profissionais encontraram para se esquivarem dos desafios da

construção processual de uma clínica que se enriquece a partir da construção de redes solidárias e de cuidado. Quando tentamos negligenciar esse cuidado e nos misturamos com os pacientes, o medo de enlouquecer foi aterrorizador, sentimos tanta angústia que precisamos recorrer ao nosso lugar da teorização, o lugar da academia e nesse momento o observador vira um pesquisador inquerindo a todos se sabiam o que era a Reforma Psiquiátrica, como se esse conhecimento teórico garantisse um melhor cuidado.

Um funcionário de apoio relatou que sua função não é ser o segurança, mais sim ficar de olho nos pacientes, para que eles não fujam ou comentam violência contra os outros usuários ou contra os funcionários. Uma funcionária técnica diz que não se sente segura em sua função e que diariamente passa pelo risco de ser agredida nos momentos de crise dos pacientes, complementa fazendo um convite ao observador para que o mesmo participe das atividades no dia seguinte, pois seria ela a técnica de referência no acolhimento, sendo assim o dia mais agitado, era também o dia em que a mesma fazia grupos, segundo ela talvez eu pudesse ajudá-la a montar o grupo, para mim era essa a angústia do momento, pois a mesma relatou ter dificuldades em montar grupos.

Tudo parece inseguro, eu não sei o que esperar do outro grupo, parece que as formações profissionais nunca são suficientes para tantas demandas que poderiam aparecer se eu me propuser a estar com eles. Percebemos e vivenciamos esse encontro armado, armado no sentido da função, a função protege de qualquer outro lugar que possamos ser convocados, acreditando na ficção de que ser convocado do lugar profissional pode ser mais fácil.

Estando nesse grupo também sentimos cuidado, recorro de episódios em que: “ao chegar me ofertaram lenços para que eu secasse o suor que por mim escorria, após uma longa caminhada de bicicleta até o CAPS, a coordenadora sempre é bem receptiva, mostra onde posso deixar minha mochila, pergunta se quero água.” Houve também um momento no qual a mesma técnica que solicitou auxílio para uma formação de grupo, propôs uma dinâmica na qual também participou, mostrou suas questões, suas dificuldades que também estavam presentes naquele lugar, as linhas que dividiam os pacientes e dos profissionais ficaram mais borradas e o grupo aconteceu, não só se lamentou, mas também produziu e se cuidou.

Durante as rodas quinzenais com a equipe, sentíamos a angústia desses profissionais que também eram sentidas por nós, sempre apareciam as mesmas

dúvidas, sempre o desejo de saber o que fazer com o que sentiam, como agir diante das crises dos usuários e como foi difícil dizer para esse grupo que essas respostas prontas não existem, que tudo seria produzido na relação, justo essa relação que nos ameaça tanto.

Estar no CAPS também nos deu um outro lugar, também nos transformou, aos poucos fomos percebendo que a linha entre o grupo da academia e do CAPS foi ficando tracejada, tem carinho, tem saudade e tem gratidão, no natal, troca de presentes e, apesar das divisões ainda serem marcadas e da necessidade de que ainda surge em lembrar das funções, do papel de cada um, parece que vamos entendendo que estar junto pode ser mais leve.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a vivência aqui narrada nos faz crer que as propostas da Reforma Psiquiátrica têm conseguido avançar, tanto no âmbito dos serviços quanto no social, uma vez que percebemos esse incômodo do não lugar. Entendemos que isso pode ser traduzido pelo fato de que as traduções da loucura em transtornos mentais, apenas no discurso psiquiátrico e patologizante, já não se mostram mais suficientes e essa forma de existir começa a retornar para um lugar de enigma.

O sofrimento vivenciado pelo observador e compartilhado com a equipe parece necessário para que seja instigante e para que seja valorizada a fala dessas pessoas loucas, para que então, ouvidas sejam produzidas novas possibilidades de relação que de fato promovam a inclusão e troca com esses sujeitos, de forma que os mesmos também sejam vistos como contribuintes e detentores de poder de troca e saiam do lugar de apenas alvos de assistência, o que sem dúvidas provocaria avanços no sentido de maior circulação social da loucura.

Todavia, diante da deflagração do difícil lugar em que nesse momento histórico o CAPS é colocado, a saber, o lugar da loucura e da cura da loucura, são necessárias construções de estratégias que auxiliem esses profissionais nesse processo de sustentar a possibilidade de relação com a loucura recusando o lugar de quem responde classificando ou normatizando. Espaços de reflexões e trocas, tal como o da análise institucional podem empoderar esses profissionais no sentido de estar com o outro.

O sentimento que ainda prevalece é o de que o presente trabalho está inacabado, o que de fato traduz o real, a narração e reflexão da experiência vivenciada é só uma possibilidade que deve se propor a abertura da produção de múltiplas outras, com a única finalidade de que o processo produtivo do novo e do não previsível jamais cesse.

REFERÊNCIAS

- Assis, M. (1966). *O alienista, e outras historias*. Rio de Janeiro: Edições de Ouro.
- Batista, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, 40(1), 391-404.
- Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (2009). *Saúde Mental*. Belo Horizonte: Alexandre de Araújo Pereira.
- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. (2004a). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial* (pp. 11-21). Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). *Legislação em Saúde Mental* (pp. 7-20). Brasília: Autor.
- Brasil. Senado Federal. (2016), (p.118). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Coordenação de Edições Técnicas.
- Brasil. Presidência da República. Decreto Lei nº 10/216. (2001, 6 de abril). *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Autor.
- Brasil. Presidência da República. Decreto Lei nº 8/080. (1990 20 de setembro). *Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outra providência*. Brasília: Autor.
- Brasil. Presidência da República. Decreto Lei nº 8/142. (1990 28 de dezembro). *Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*. Brasília: Autor.
- Caldas, A. C., & Nobre, J. N. A. (2012). Saúde mental e Reforma psiquiátrica brasileira: reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais. *Cadernos UniFOA*, 20(1), 71-83.

- Cedraz, A., & Dimenstein, M. (2005). Oficinas Terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 5(2), 300-327.
- Frayze-Pereira, J. A. (1984). *O que é loucura?* (3ª ed.) São Paulo: Brasiliense.
- Henriques, R. P. (2012). *Psicopatologia Crítica Guia didático para estudantes e profissionais de psicologia* (pp. 13-31). Sergipe: UFS.
- Maciel, S., Barros, D., Silva, A., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 436-447.
- Mendez, A., & Arbez, D. (Diretor). (2016). *Holocausto brasileiro* [Filme cinematográfico].
- Passos, E., Kastrup, V., & Escocia, L. (2015). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina.
- Queiroz, D. T., Vall, J., Souza, A. M. A., & Vieira, N. F. C. (2007). Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. *R Enferm UERJ*, 15(2), 276-83.
- Reis, J. F. (2016). O mentecapto de Itaguaí, história, loucura e saber psiquiátrico: diálogos historiográficos em torno de “O alienista” de Machado de Assis. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(4), 1095-1112.
- Ribeiro, S. F. R. (2007). Grupo de expressão: uma prática em saúde mental. *Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo*, 8(1), 25-35.
- Silveira, R. W. M., Rezende, D., Moura, W. S (2010). Pesquisa-intervenção em um CAPSad – centro de atenção psicossocial álcool e drogas. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 3 (2), 184-197.
- Laia, S. & Aguiar, A. A. (2017). Enigma, objetivação e diluição da loucura. In A. Teixeira, & H. Caldas. *Psicopatologia Lacaniana* (1ª ed., pp. 18-30). Belo Horizonte: Autêntica.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

Autor Orientando:

Nome completo: Fabiano de Melo Ferreira

Endereço: Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1220, Cristo Redentor - Patos de Minas - MG.

Telefone de contato: (34) 99827-0040

Email: fabianomelo6@hotmail.com

Autor Orientadora:

Nome completo: Aline Fernandes Alves

Endereço: Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, 1220, Cristo Redentor - Patos de Minas - MG.

Telefone de contato: (34) 3818-2300

Email: alineferalves@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Patos de Minas, 09 de junho de 2018.

Fabiano de Melo Ferreira

Aline Fernandes Alves



FACULDADE PATOS DE MINAS



FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de Outubro de 2011.

Departamento de Graduação em Psicologia

Curso de Bacharelado em Psicologia

(Formação de Psicólogo)

Curso Reconhecido pela Portaria DIREG/MEC N°. 371 de 30/08/2011, renovado Reconhecimento de Curso pela Portaria DIREG/ME N°. 267 de 03/04/2017, publicado DOU em 04/04/2017, n°. 65, sessão 1, pág. 70-81

“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”

(Juramento do Psicólogo – Conselho Federal de Psicologia)