



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA

SICÍLIA MARIA MOREIRA DE ARAÚJO

**SENTIDOS DE ARTE COMO PRÁTICA DE CUIDADO NA
PERSPECTIVA DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL**

FORTALEZA, CE.

2011

SICÍLIA MARIA MOREIRA DE ARAÚJO

SENTIDOS DE ARTE COMO PRÁTICA DE CUIDADO NA PERSPECTIVA
DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Processos de mediação: trabalho, atividade e interação social.

Orientadora: Prof^a Dr^a Verônica Morais Ximenes

FORTALEZA, CE.
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- A691s Araújo, Sicília Maria Moreira de.
Sentidos de arte como prática de cuidado na perspectiva de pessoas com transtorno mental /
Sicília Maria Moreira de Araújo. – 2011.
144 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades,
Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2011.
Área de Concentração: Processos de mediação, trabalho, atividade e interação social.
Orientação: Profa. Dra. Verônica Morais Ximenes.
- 1.Arte e doença mental – Bom Jardim(Fortaleza,CE). 2.Doentes mentais – Cuidado e
tratamento – Bom Jardim(Fortaleza,CE). 3.Reforma dos Serviços de Saúde – Brasil. 4.Serviços de
saúde mental comunitária – Bom Jardim(Fortaleza,CE). 5.Movimento de Saúde Mental
Comunitária do Bom Jardim. I. Título.

CDD 362.22098131

SICÍLIA MARIA MOREIRA DE ARAÚJO

**SENTIDOS DE ARTE COMO PRÁTICA DE CUIDADO NA
PERSPECTIVA DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Verônica Morais Ximenes.

Data: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Verônica Morais Ximenes (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª Dr^ª Veriana de Fátima Rodrigues Colaço
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª Dr^ª Ângela de Alencar Araripe Pinheiro
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª Dr^ª Fátima Luna Pinheiro Lamdim
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

A Todas as pessoas preciosas que enriqueceram com sua luz a minha pesquisa, a minha vida, compartilharam seus tesouros comigo e ajudaram-me a ser uma pessoa melhor. Como agradecimento, tentarei compartilhar essa beleza e solicitude em outras paradas da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o qual estive ao meu lado durante todo o meu caminho, sempre me fazendo lembrar que estará comigo de diversas formas. À Jesus, Nossa Senhora e São Miguel Arcanjo, meu amigo-anjo.

Agradeço à minha mãe, por ser exemplo de força, e à minha família.

Agradeço à Ticiania Santiago, pela generosidade gratuita e por insistentemente buscar me mostrar que a vida pede luta e traz lágrimas e que somos nós que tecemos os sorrisos. Obrigada por ter me tomado como irmã, me posto no colo e ter se tornado minha família em espírito.

Às Buberianas Forever: Jubirana e Dandan. Amigas de várias histórias, de várias vidas em uma só vida e que, apesar das diferenças de pensamento, o destino não quis separar. À Mirelle, amiga, distante ou perto, sempre ao meu lado. À Lisoquinha, quase nunca vista, mas jamais esquecida. Ao amigo Lino, companheiro de lutas e afetos no trabalho social. À Lidiane Araújo que, mesmo distante, vez ou outra me veio à mente como lembrança “solar” (!) de que se pode batalhar sorrindo. À Kelen Gomes e Bárbara Valoes, exemplo de lutadoras.

Agradeço a Raimundo Severo Júnior, Jacqueline (Jac), Geísa Sombra Furlani e Ana Virgínia: seres de luz encomendados para mim e cuja ajuda nesta caminhada jamais poderei compensar. Tal tesouro será levado nesta vida e em outras. À Candy, que não deixou que eu esquecesse a arte que faz parte de mim. Ao grupo de Biodança da Telhoça do MSMCBJ.

Agradeço ao meu grupo de dança-terapia do Instituto Aquilae que, sem saber, ajudou a manter-me de pé, mais segura, mais feliz e mais eu mesma. Ao Instituto Aquilae por me acolher e, sobretudo, por ser exemplo de trabalho humanizado em saúde. À Marta, Bené, Genivaldo Macário, Dani e Franklin, sempre tão solícitos.

Agradeço à minha Anjinha, Ângela de Alencar Araripe Pinheiro, minha jardineira amorosa, a qual ajuda e ajudou vários seres a crescerem e se tornarem o que são, em seu melhor, de uma forma muito bonita e rara. Agradeço por acreditar em mim tantas vezes. Agradeço por ser a principal pessoa que fez nascer em mim as flores da esperança, da justiça, do afeto, a não me corromper e não abandonar a ternura como arma afiada em minha pequena contribuição por um mundo melhor. Levarei sempre o que aprendi contigo. Agradeço a sua presença na banca.

Ao NUCOM, por ter permitido que eu usufruísse novamente de seu espaço de justiça e compromisso social. Ao NUCEPEC, minha fonte de inspiração e esperança em um mundo melhor, por sempre me abrigar com carinho. A cada um desses núcleos eu dedico meus pequenos avanços e peço desculpas pelos tropeços. Ambos constituem permanentes hóspedes de meu espírito e são o motivo de por que afirmo que me formei na extensão.

Agradeço à Profa. Dra. Verônica, mulher forte e coordenadora do NUCOM, por apostar na construção deste trabalho, ser exigente e incentivadora.

Agradeço às Professoras e Doutoradas Fátima Lamdim e Veriana Colaço (eternamente tia Veri) por me ajudarem neste trabalho e terem aceitado fazer parte desta banca.

Agradeço ao Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ) por tanta solicitude, carinho e ajuda. Agradeço especialmente à Flavinha, ao padre Rino, à Ana Virgínia, à Hariadna e à Cláudia.

À Maria Aparecida, companheira de mestrado e cuja companhia tornou meus dias mais felizes e confiantes.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa “Práticas Inovadoras em Saúde Mental”, orientada pela professora Maria Lúcia Magalhães Bosi (Malu), pelos conhecimentos adquiridos neste espaço. À Malu, pelo conhecimento técnico, sabedoria, bom humor e humildade que reverberaram em mim.

Agradeço aos participantes desta pesquisa, por me ajudarem na construção deste trabalho, por terem aberto o coração, dividido comigo seus pensamentos e sentimentos, suas preciosidades, alegrias e dores, por terem feito de mim uma pessoa melhor.

Agradeço a Marcos A. F. Brazil, namorado e amigo, família, fonte de admiração, amorosidade, companheirismo e luz espiritual.

A todos os usuários dos serviços de saúde, suas famílias e profissionais da área que lutaram para que a humanização e multidisciplinaridade em saúde fossem realizadas com a construção da Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990. Aos que ainda lutam para sua efetivação.

À Arte, pela liberdade que pode promover.

Aos heróis anônimos que pagaram com sofrimento e, por vezes, com a própria vida, durante a ditadura no Brasil, para que eu usufrísse dessa ínfima liberdade. Minha forma de agradecimento maior consiste em lutar para preservar tal liberdade e desenvolvê-la, carregando no peito a espera-ação da justiça social; consiste em cumprir a promessa que fiz ao me formar psicóloga para não sucumbir à difícil luta por um mundo melhor, segurando, sempre, entre os dentes, a primavera.

Agradeço a CAPES por financiar esta pesquisa.

*Ao meu pai, Florêncio, e ao meu avô, Camaral, cujos ensinamentos
não sucumbiram com suas partidas.*

“Eu vim aqui me buscar [...] Vim aqui me buscar porque cansei de fazer de conta que eu não tinha nenhuma responsabilidade com relação ao padrão repetitivo da maioria das circunstâncias difíceis que eu vivenciava. Vim aqui me buscar porque a vida se tornou tediosa demais. Opaca demais. Cansativa demais. Encolhida [...] Vim aqui me buscar porque percebi que estava muito distante e que a prioridade era eu me trazer de volta. [...] Se quisesse crescer no amor. Vim aqui me buscar, com medo e coragem. Com toda a entrega que me era possível. Com a humildade de quem descobre se conhecer menos do que supunha e com o claro propósito de se conhecer mais. Vim aqui me buscar para varrer entulhos. Passar a limpo alguns rascunhos. Resgatar o viço do olhar. Trocar de bem com a vida. Rir com Deus, outra vez. Vim aqui me buscar para não me contentar com a mesmice. Para dizer minhas flores. Para não me surpreender ao me flagrar feliz. Para ser parecida comigo. Para me sentir em casa, de novo. Vim aqui me buscar. Aqui, no meu coração.”

(Ana Jácomo)

RESUMO

ARAÚJO, Sicília Maria Moreira de. **Sentidos de arte como prática de cuidado na perspectiva de pessoas com transtorno mental**. 2011. 144f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, 2011.

A arte tem sido utilizada como estratégia e recurso de promoção à saúde que vai ao encontro das práticas desinstitucionalizadas. Por outro lado, verifica-se que a utilização deste recurso, algumas vezes, desmerece as pessoas com transtorno mental. Este estudo tem como objetivo geral compreender os sentidos de arte no cuidado em saúde mental, atribuídos por pessoas com transtornos mentais acompanhadas pelo Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ), em Fortaleza, Ceará, que desenvolve atividades na área de saúde mental e tem uma cogestão com a Prefeitura Municipal de Fortaleza para administração do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no acompanhamento dos participantes da pesquisa. Tal experiência suscita questionamentos que norteiam esta investigação pois este Movimento foge de práticas tradicionais pinelianas, ainda fortemente veiculadas ao tratamento em saúde que utilizam eminentemente a medicação como tratamento. Neste contexto, a arte surge como instrumento e via de promoção em saúde como, dentre outros tipos de recursos. Para compreender como esta estratégia tem reverberado na saúde dos usuários a partir de seus próprios pontos de vista, foi utilizado como suporte teórico Rotelli, Merhy, Amarante, Duarte Junior, Dimenstein e Boff no que diz respeito à temática da saúde e práticas de cuidado. Em relação à arte, esta pesquisa teve como base teórica as ideias de Paz, Ostrower e Vygotsky. Na perspectiva histórico-cultural, Vygotsky, Pino, Lane, Molon, Aguiar e Namura foram abordados. Metodologicamente, foram utilizadas a pesquisa qualitativa e a abordagem histórico-cultural, em um estudo de caso do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ). No decorrer da pesquisa foram criados dois grupos focais com usuários dos serviços de saúde do MSMCBJ. O primeiro ocorreu em agosto e o segundo em outubro de 2009. O primeiro grupo foi constituído por nove pessoas e teve como temática o cuidado em saúde mental; e o segundo, com seis pessoas, utilizou a temática da arte como cuidado. Em ambos os momentos uma das pessoas era acompanhante de um dos participantes da pesquisa. A análise de conteúdo foi utilizada como método examinatório dos dados deste estudo. Os resultados apontaram para uma perspectiva dos usuários de valorização de uma prática de cuidado cuja forma de acolhimento pedia determinadas especificidades para a construção das relações entre profissionais e pacientes as quais foram relatadas como: exercício de liberdade de expressão, prática de autonomia, exercício de valorização de si mesmo e interação com outros sujeitos, com o conseqüente desenvolvimento dos participantes como sujeitos sociais. A utilização da arte no cuidado em saúde mental mostrou fundamental importância na significação deste cuidado em saúde mental. As características do contexto de trabalho com arte aparecem como facilitadoras de relações saudáveis entre os usuários e profissionais.

Palavras-chave: Arte. Cuidado. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Desinstitucionalização.

ABSTRACT

ARAÚJO, Sicília Maria Moreira de. **Meaning of art in mental health care given by people with mental disorder**. 2011. 144f. Thesis (m.a. in psychology). Humanities Center, Universidade Federal do Ceará, 2011.

The art has been adopted as strategy and resource to health promotion that meets the practice of deinstitutionalization. On the other hand, it appears that the use of such resource sometimes disparage people with mental disorders. This study has as overall objective understand the meaning of art in mental health care given by people with mental disorder, accompanied by the Bom Jardim's Communitarian Mental Health Care Movement (MSMCBJ) in Fortaleza, Ceara, acting jointly with the Municipality of Fortaleza through the Center for Psychosocial Care (CAPS) in the monitoring of this study's participants. Such experience raises questions that guide this research because this Movement aims beyond the traditional pinelians practices still strongly conveyed to health treatment which uses essentially the medication as treatment. In this matter, art arises as a tool and way of health promoting, among other features. To understand how this strategy has reverberated in the health of users of health services from their own points of view, it was used as theoretical support Rotelli, Merhy, Amarante, Duarte Junior, Dimenstein and Boff with regard to the issue of health care practices. In relation to art, this survey was based on the theoretical support ideas from Paz, Ostrower and Vygotsky. In the historical-cultural perspective, Vygotsky, Pino, Lane, Molon, Aguiar and Namura were addressed. Methodologically, it was utilized qualitative research and cultural-historical approach in a case study of the Bom Jardim's Communitarian Health Care Movement (MSMCBJ). The frame time of the survey was developed two focal groups. The first occurred in August 2009 and the second in October 2009. The two focal groups were conducted with the participation of users of the health service of MSMCB. The first focal group was conducted with nine people. This group's theme was mental health care; and the second group, with six people, used the theme of art as care. In both moments only one of them was accompanying a research's participant. Content analysis was used as a method of data analysis in this study. The results pointed to a user's perspective of valuation of a care practice that asked certain specific key to building relationships between professionals and patients which were reported as the exercise of freedom of expression, practice autonomy, exercise of valuing oneself and interacting with other individuals, with the consequent development of the participants as social subjects. The use of art in mental health care showed the significance of this fundamental part of mental health care. The characteristics of the context of working with art appeared as facilitators of healthy relationships between users and professionals.

Keywords: Art. Health Care. Mental Health. Psychiatric Reform. Deinstitutionalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Participantes da pesquisa	35
Tabela 2 - Relação entre objetivos específicos, suas categorias e as subcategorias	37
Tabela 3 - Relação entre as subcategorias e os instrumentos	37
Tabela 4 - Quadro de Categorias Teóricas e Empíricas encontradas	38

LISTA DE FOTOS

1. Foto 1. Jarbas: Foto escolhida por Jarbas para falar da importância da medicação em sua vida (CARVALHO, 2010, p.60). 56
2. Foto 2. Usuário do Movimento fala em um evento. 69
3. Foto 3. Foto disponibilizada no site do MSMCBJ mostrando a relação entre usuários e profissionais. 69
4. Foto 4. Usuários mexendo nas plantas do CAPS. 79
5. Foto 5. Quintal da casa do padre Rino mostrando as plantas e o tanque onde são criados os peixes. Imagem disponibilizada no site do MSMCBJ em um dos vídeos institucionais. 79
6. Foto 6. Usuários trabalhando na horta comunitária. 80
7. Foto 7. Imagem retirada de um dos vídeos institucionais disponibilizados no site do MSMCBJ mostrando a interação dos usuários durante os intervalos para o lanche. 81

LISTA DE OBRAS DE ARTE DOS PARTICIPANTES

1. Obra 1 - Meuri: desenho de uma árvore. 108
2. Obra 2 - Maria: desenho de uma casa vermelha e elaboração de uma boca em massa de modelar. 110
3. Obra 3 - Esmeralda: trabalho de dobradura elaborando uma ave, recorte de uma borboleta e um boneco de massa de modelar. 111
4. Obra 4 - Beto: desenho de garoto jogando bola. 115
5. Obra 5 - Roberto: desenho de uma árvore, nuvem, sol e pássaro. 116

LISTA DE SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Casa AME	Casa Arte, Música e Espetáculo
CEB	Comunidades Eclesiais de Base
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
MSMCBJ	Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PERCURSO METODOLÓGICO	20
2.1	Tipo de Pesquisa	20
2.2	Caracterização do Local de Pesquisa	21
2.2.1	<i>As atividades de arte do CAPS e do MSMCBJ</i>	24
2.3	Participantes da Pesquisa	33
2.4	A Construção e Aplicação dos Instrumentos	36
2.5	Interpretação do Material	43
2.5.1	<i>Análise de Conteúdo como Recurso para Compreensão dos Sentidos</i>	44
2.6	Compromisso Ético e Social da Pesquisa	46
3	DO CUIDADO QUE TUTELA A DESCONSTRUÇÃO DO MANICÔMIO: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL	47
3.1	A produção da doença mental e o dispositivo psiquiátrico	47
3.2	Reforma Psiquiátrica Brasileira: outra forma de lidar com a saúde mental	63
3.3	Desinstitucionalização e a proposta de cuidado segundo a Reforma Psiquiátrica Brasileira	65
3.3.1	<i>A proposta de Cuidado em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica</i>	72
3.4	Acolhimento como ato cuidador: a valorização do afeto como auxiliar na promoção da saúde	83
4	ARTE: RECURSO POTENCIALIZADOR DO DESENVOLVIMENTO DO SUJEITO HISTÓRICO-CULTURAL	89
4.1	Arte como recurso de cuidado em saúde mental	91
4.2	Arte como produção de sentidos e subjetividade pelo sujeito histórico-cultural	96
4.2.1	<i>O Sujeito histórico-cultural</i>	102
4.2.2	<i>Os sentidos em arte construídos por pessoas com transtorno mental</i>	107
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
	REFERÊNCIAS	124
	APÊNDICES	131
	ANEXO	141

1 INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho é parte de uma característica muito presente no percurso acadêmico da autora: a aproximação da linguagem artística da atuação em psicologia. Tal percurso foi enriquecido pelas praticas desenvolvidas em núcleos de extensão em que esta atuou¹ buscando utilizar a arte como instrumental para atuação em Psicologia Comunitária.

Além disso, a autora teve a oportunidade de construir com outros estudantes universitários o Grupo Movimento de Arte, composto por estudantes de Psicologia da UFC. A ideia defendida por tal grupo era a de que a arte não poderia ser propriedade de seres ditos “capazes”, mas de qualquer ser humano. O desenvolvimento de trabalhos em arte também a levou a elaborar sua monografia de conclusão de curso intitulada “Poesia como contato: aproximações entre os conceitos de Poesia, em Octávio Paz, e Contato, em Gestalt-Terapia”. A poesia neste caso seria definida como uma forma de expressão “raiz” na arte a partir da qual se desenvolviam outras formas artísticas, fossem elas “de palco” ou formas criativas de viver. A proposta fundamental de se aliar arte à psicologia, nesta perspectiva, consiste em buscar edificar uma forma de conhecimento mais sensível onde a afetividade pudesse contribuir para a construção de uma ciência comprometida com a vida. Finalmente, após ter concluído o curso, a autora deu continuidade na elaboração de trabalhos os quais buscavam aliar a Psicologia a arte, organizando oficinas de teatro e arte-identidade para adolescentes e profissionais.

O contato com a temática da saúde mental pela autora desta pesquisa, por outro lado, foi estimulada mais recentemente através da vivência e atuação nas comunidades do Pirambu, onde esta trabalhou através do Projeto Raízes de Cidadania, ligado à Prefeitura Municipal de Fortaleza, e onde teve contato com práticas inovadoras em saúde e formas de cuidado desenvolvidas pela comunidade, além de movimentos sociais preocupados com esta questão. Tais movimentos sociais tinham como perspectiva a íntima relação entre a expressão artística e fortalecimento da cultura, o que repercutiria no fortalecimento da saúde mental na comunidade. No momento do ingresso no Mestrado em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará (UFC), foi realizado um contato com o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim; a orientadora desta pesquisa propôs que tal trabalho de investigação nesta área de conhecimento geraria estímulo e receio, visto que, a temática que envolvia saúde

¹ NUCEPEC (Núcleo Cearense de Estudos e Pesquisas sobre a Criança) e NUCOM (Núcleo de Psicologia Comunitária), ambos núcleos de Extensão da Universidade Federal do Ceará.

mental constituiu uma seara recente nos estudos da autora desta investigação e, portanto, geraria um grande aprendizado, e exigiria, ao mesmo tempo, bastante dedicação.

Destarte, este trabalho de dissertação foi direcionado para a realização de uma pesquisa com a seguinte temática: a relação entre arte e saúde mental. Este trabalho encontra-se também vinculado a outro projeto de pesquisa que envolve professores e estudantes dos cursos de Graduação em Psicologia, Mestrado em Psicologia e Mestrado em Saúde Pública da UFC, além de psicólogos pesquisadores. Este projeto é coordenado pela professora Maria Lúcia Magalhães Bosi e pela professora Verônica Moraes Ximenes e se inscreve no edital do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) abordando a temática sobre práticas inovadoras e desinstitucionalização em saúde mental, tendo como *locus* de investigação o Movimento de Saúde Mental comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ).

O MSMCBJ é uma Organização Não Governamental (ONG), localizada no Bairro Bom Jardim, na cidade de Fortaleza. Fundado em 1996, o MSMCBJ desenvolve ações no campo da saúde mental, arte, cultura e educação em âmbito local. Seu surgimento está vinculado à atuação dos padres combonianos e das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs). O padre Otorrino Bonvini, presidente da referida ONG, participa desde o início de sua fundação e ajudou a estruturar as ações do Movimento. Em 1995, o MSMCBJ realizou convênio com a Secretaria de Saúde de Fortaleza para a criação do CAPS, onde a Secretaria e o MSMCBJ atuam em co-gestão.

Este trabalho possui como campo de investigação usuários do CAPS que fazem parte de alguma atividade de arte, seja no CAPS ou no MSMCBJ, como parte do projeto terapêutico em que estão inseridos. Considerando o trabalho em conjunto entre o CAPS e o MSMCBJ, faz-se necessário apresentar as características dessa ONG que, apesar de respeitar os critérios de funcionamento de um CAPS², exerce grande influência sobre ele. O Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ) se constitui como uma Organização Não Governamental (ONG) tendo sido iniciada apenas com uma sede, onde atualmente funciona a Casa Ezequiel Ramim, onde foram sendo propostos cursos por pessoas da comunidade. Fazia parte das incumbências do MSMCBJ o atendimento psiquiátrico do

² O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) se constitui de uma Organização Governamental cujo objetivo é realizar o atendimento e acompanhamento clínico de usuários de serviços de saúde mantendo ou até buscando fortalecer os laços comunitários. Para maiores informações consultar o site Portal da Saúde. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1. Acesso em 08 set 2011.

padre Otorrino Bonvini. Posteriormente, a ONG foi agregando outras atividades em núcleos distribuídos pelo Grande Bom Jardim. Outros médicos psiquiatras se uniram ao Movimento no atendimento de pessoas de forma voluntária. Enquanto o MSMCBJ desenvolvia suas atividades, alguns de seus administradores lutaram para que em 2005 um Centro de Atenção Psicossocial fosse instalado, seguindo alguns princípios do Movimento e respeitando as práticas que devem seguir um CAPS, de acordo com o Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF). Como dito anteriormente, o Movimento conquistou a possibilidade de administrar o CAPS em co-gestão com a PMF e, desta forma, estendeu seu trabalho com o cuidado bio-psico-sócio-espiritual para os atendimentos no CAPS. Sendo assim, é difícil separar ações especificamente com princípios e condutas do CAPS e do MSMCBJ, ou seja, as práticas do Movimento e do CAPS seguem uma mesma linha de conduta, onde os facilitadores e terapeutas do CAPS compõem o MSMCBJ. As atividades do Movimento e do CAPS se integram de forma que dificulta a diferenciação entre as atividades de uma entidade e da outra. Outrossim, os projetos terapêuticos que profissionais elaboram para os usuários coadunam atividades executadas no CAPS e no Movimento. Há um projeto de construção de oficinas de arte que compõem facilitadores e terapeutas do CAPS e do MSMCBJ. O dispositivo CAPS e a MSMCBJ são entidades bastante integradas.

A partir da aproximação com o MSMCBJ, emergiram questionamentos sobre as formas de cuidado e a importância da utilização dos diversos recursos e projetos para o trabalho em saúde mental vinculadas à proposta do Movimento. Neste sentido, esta investigação foi desenvolvida tendo como objetivo compreender os sentidos de arte no cuidado em saúde mental atribuídos por pessoas com transtorno mental, no intuito de compreender como este recurso tem impactado no campo do tratamento em saúde mental na perspectiva destas pessoas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2001), cerca de 25% da população mundial já foi afetada por algum tipo de transtorno mental em algum período de sua vida. No entanto, apesar do alto número de portadores de transtornos mentais, o Ministério da Saúde (2007) reconhece que existe ainda pouco investimento público neste campo e uma dívida histórica em termos de sofrimento e exclusão social os quais ainda estão longe de serem superados. Como resultado do processo da Reforma Psiquiátrica vem sendo formuladas políticas públicas cujas propostas buscam estar coerentes com o conceito de desinstitucionalização (AMARANTE, 1995; CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005; HIRDES, 2009) com a finalidade de enfrentar o desafio de trabalhar com dimensões subjetivas

e psicossociais, considerando que a pessoa com transtorno mental seria um sujeito criativo, capaz de resignificar e modificar a sua forma de vida, em uma condição específica de existência. Neste contexto, foram instituídos serviços como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), a criação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, Residências Terapêuticas, Oficinas Terapêuticas e outros recursos (AMARANTE, 1995; YAMAMOTO; PAIVA, 2007). Outrossim, um novo conceito de saúde desenvolvido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira reconfigurou o objetivo do cuidado de cura para o estabelecimento de um compromisso ético-político e formas criativas de existência (DUARTE, 2004 apud RINALDI; LIMA, 2006).

Dentro do conjunto de ações desenvolvidas a partir da Reforma Psiquiátrica, a arte e a cultura têm adquirido espaço como práticas difundidas em diversos grupos sociais e que têm alcançado resultados positivos com recurso de cuidado em saúde mental. No Relatório de Gestão de 2010 sobre Saúde Mental, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) afirma que os centros de convivência de arte e cultura são considerados lugares onde as políticas públicas para saúde mental se realizam de forma mais visível e constante. Nesta perspectiva, tal relatório declara a importância do componente cultural para o êxito na Reforma Psiquiátrica e da promoção da saúde prevista pela Lei nº 8.080 (Sistema Único de Saúde). Outrossim, revela o empenho da Política de Saúde Mental no desenvolvimento de ações, em conjunto e de forma permanente, com as ações do Ministério da Cultura no intuito de desdobrar ações que sejam coerentes com o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira. A arte se enquadraria no leque de trabalhos, no âmbito da cultura incentivada para o trabalho de cuidado em saúde mental, e ratificada como estratégia importante para a prevenção e a promoção em saúde mental pelo Governo Federal (BRASIL, 2011).

Nesse contexto, a arte vem sendo utilizada como recurso de cuidado em saúde mental e respalda a construção de espaços terapêuticos que não privilegiam a fala e a racionalidade humana como único meio de expressão, mas valorizam expressões bastante diversas tais como música, artesanato, dança, teatro e, até mesmo, a composição de formas criativas de viver. Ostrower (2007) defende a visão de sujeito como alguém que cria, e somente pode crescer como ser humano através da criação. Trata-se de uma potencialidade e de uma necessidade. Através da arte, o sujeito não precisaria restringir-se à razão para expressar-se. Ele pode criar formas de expressão em diversas linguagens através do potencial “consciente-sensível-cultural” (OSTROWER, 2007, p. 11). Paz (1998) defende que o valor da arte está na liberdade do sujeito expressar sua individualidade, mediado pela cultura, de forma que ele

possa entender, aceitar e valorizar as características que o tornam um ser único. As perspectivas destes autores se aproximam com esta pesquisa, a qual encontra alicerce nas ideias de Vygotsky³(2004), por considerar o sujeito como alguém socialmente constituído e que, através da criatividade, constrói o mundo e a si mesmo. Dessa forma, é possível que o leque de possibilidades que a arte abre para expressão torne-se meio de descobrir novas formas de comunicação e interação com pessoas com transtorno mental, valorizando a diversidade de expressão, sem que a racionalidade se imponha como caminho obrigatório e, com isto, sujeitos sofram desmerecimento por parte do contexto social em que estão inseridos.

Se, por um lado, a utilização da arte em alguns espaços valoriza a diferença entre os sujeitos, em outros espaços a diferença aparece como motivo de segregação e inferiorização das pessoas com transtorno mental. Alverga e Dimenstein (2007), Mecca e Castro (2007), Yamamoto e Paiva (2007) afirmam a existência de relatos de experiências em serviços de saúde mental que acusam a redução da utilização da arte apenas como entretenimento, uma perspectiva que fortalece a ideia de incapacidade e inferioridade da pessoa com transtornos mentais; reforçam práticas de tutela e isolamento, as quais, teoricamente, os espaços de práticas em arte, coerentes com a Reforma Psiquiátrica, combateriam. Não obstante, a teoria histórico-cultural pode fornecer subsídios para a compreensão do desenvolvimento das práticas de arte utilizadas no cuidado de pessoas com transtorno mental ao contribuir para a investigação dos sentidos que os sujeitos com transtorno mental constroem a partir da experiência artística.

Cabe aqui apontar a existência de diferenças entre a proposta teórica da arte como recurso de cuidado em saúde mental de forma humanizada, seguindo padrões da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e algumas práticas que vêm sendo desenvolvidas em políticas públicas, os quais suscitam questionamentos acerca da efetividade de métodos desenvolvidos neste campo e onde trabalhadores do campo da saúde mental e usuários deste serviço podem contribuir com suas perspectivas sobre a forma como estão se constituindo estes espaços. Destarte, esta investigação busca responder a pergunta sobre “Como as pessoas com transtorno mental compreendem as práticas de cuidado através da arte desenvolvidas pelo MSMCBJ?” Dessa forma, pretendemos contribuir para trabalhos posteriores que avaliem estes serviços.

¹Neste trabalho será utilizado como referência para o autor Lev Simeonovich Vygotsky, o sobrenome Vygotsky. A referência se faz necessária devido aos diversos trabalhos do autor terem sido publicados com pequenas variações em seu nome: Vygotsky, Vygotski e Vigotski. Portanto, neste trabalho, utilizaremos apenas um dos nomes para clarificar que citamos o mesmo autor.

Esta investigação contribui com a compreensão de uma proposta de cuidado em saúde mental fundamentada na perspectiva dos usuários, ou seja, buscando outra perspectiva além das que estão sendo desenvolvidas por profissionais da área. Neste contexto, a arte revelaria parte de sua proposta de cuidado devido seus critérios de utilização vivenciados pelos usuários dos serviços de saúde mental.

Dessa forma, a relevância desta investigação reside na busca de instrumentos que possibilitem a avaliação de práticas em saúde mental, a partir de seus usuários. Em especial, esta pesquisa busca contribuir para a compreensão de como sujeitos com transtorno mental veem os espaços em arte no cuidado em saúde mental e, dessa forma, colaborar com a discussão sobre a utilização da arte como recurso de cuidado.

Destarte, para a obtenção dos resultados desta pesquisa foi necessário a construção de um objetivo geral e dois objetivos específicos. O objetivo geral consiste em compreender os sentidos de arte no cuidado em saúde mental, atribuídos por pessoas com transtorno mental. Os objetivos específicos consistem em: identificar as práticas de cuidado do MSMCBJ que utilizam a arte na atenção às pessoas com transtorno mental e analisar os sentidos das práticas de cuidado que utilizam arte, atribuídos por pessoas com transtorno mental.

Os participantes, através da disponibilidade dos mesmos e da máxima diversidade de diagnósticos e atividades diferenciadas, foram sujeitos que compuseram as atividades artísticas de teatro Semearte, Oficina terapêutica produtiva, teclado, percussão e biodança.

Neste trabalho será realizada uma apresentação do percurso metodológico, em seguida apresentar-se-à em um capítulo e sub-tópicos as mudanças históricas concernentes ao cuidado em saúde mental colocando uma ênfase no ato acolhedor como abordagem fundamental surgida na pesquisa como forma de promoção de saúde. Posteriormente, serão apresentadas as concepções de arte a partir a partir de teóricos sobre arte e da visão de sujeito sócio-histórico, além dos sentidos de arte abordados pelos participantes. Por fim, serão tratadas as considerações finais.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta investigação foi realizada no Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ) e teve como objeto os sentidos de arte atribuídos por pessoas com transtorno mental. Tal pesquisa se alinha epistemologicamente à teoria do materialismo-dialético, através de uma abordagem qualitativa em pesquisa. Dessa forma, foram utilizados como instrumento a análise documental e um roteiro de entrevista aplicado em dois grupos focais. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo. A seguir, serão abordadas as características desta pesquisa. Neste capítulo, foram apresentados: o tipo de pesquisa, a caracterização do local onde foi realizada a investigação, os participantes da pesquisa, a escolha dos instrumentos que foram utilizados, a forma de interpretação do material obtido e os aspectos éticos cuidados nesta investigação.

2.1 Tipo de pesquisa

Este estudo situa-se em uma abordagem histórico-cultural, o qual possibilita a análise das relações entre o funcionamento humano e o contexto social em que ele está inserido. Tal abordagem se alinha à perspectiva do materialismo histórico-dialético, que busca compreender os fenômenos a partir da realidade concreta. Segundo Triviños (1987), de acordo com o materialismo-dialético “os estudos orientam-se na perspectiva como a realidade objetiva se reflete na consciência” (p. 51). Esta perspectiva enfoca a prática social e a subjetividade como processos de interferência mútua, onde a matéria, a consciência e a prática social estão intimamente ligadas. Essas categorias se formaram no desenvolvimento histórico humano do conhecimento e na prática social dos sujeitos. A partir desta perspectiva, há um rompimento na dicotomia objetividade-subjetividade uma vez que esta última se constrói através de relações dos sujeitos no meio social.

Em relação à pesquisa qualitativa, de acordo com Richardson (1985, p. 80), esta “tem como objeto situações complexas ou estritamente particulares [...] que podem [...] compreender [...] em maior nível de profundidade o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos”, sendo um tipo de pesquisa adequado para a compreensão da gênese de um fenômeno social. Segundo Minayo (2006), o método qualitativo se aplica ao estudo das relações, história e percepções que os seres humanos fazem a respeito de como vivem. Dessa forma, o enfoque desta pesquisa buscou compreender como se constituem sentidos construídos sobre práticas de arte em saúde mental.

Segundo Triviños (1987), as características de uma pesquisa qualitativa são: o ambiente natural é fonte direta de produção de conhecimento; a pesquisa é de cunho descritivo, onde se busca compreender um fenômeno em um determinado contexto; o foco é dado no processo e não apenas nos resultados. A análise dos dados pode ser indutiva, havendo uma preocupação com o significado dos fenômenos que estão sendo investigados, buscando compreender as correlações com as variáveis histórico-culturais.

Além disso, a pesquisa qualitativa parte do fenômeno social, evitando especulações *a priori* que possam focar ideias pré-concebidas sobre o fenômeno estudado. Nesta perspectiva, privilegiar o ambiente natural como fonte de conhecimento significa, neste caso, ocupar-se da contextualização dos dados. Dessa forma, a teoria deve ser colocada constantemente à prova, não devendo ceder às explicações e especulações *a priori*. Na pesquisa qualitativa fundamentada no materialismo histórico-dialético, “o fenômeno tem sua própria realidade fora da consciência” (TRIVIÑOS, 1987, p. 129), o que significa que o fenômeno social é um dado concreto e, como tal, deve ser estudado a partir de teorias as quais somente alcançam validade à luz da prática social.

A fase exploratória desta pesquisa é pautada em uma investigação empírica onde, segundo Minayo (2006), o ambiente estudado torna-se campo propício para o desenvolvimento de hipóteses a respeito de objeto de estudo e clarificar conceitos que interessem aos objetivos da pesquisa. Portanto, a fase exploratória auxilia o pesquisador na definição do problema a ser investigado auxiliando na aproximação do contexto cultural do campo de pesquisa.

2.2 Caracterização do local da pesquisa

Esta investigação foi realizada no Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ), localizado na Regional V⁴, no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. De acordo com IBGE (2010), a estimativa da população em 2009 foi de 2.505.552 habitantes, sendo que, de acordo com a Prefeitura Municipal de Fortaleza (2010), 570.000 habitantes se localizam na Regional V. O MSMCBJ realiza maior parte de suas ações na região do Grande Bom Jardim (GBJ), que congrega cinco (5) bairros da periferia na regional mais populosa de Fortaleza, a Regional V, dentre eles Bom Jardim, Siqueira, Granja Portugal, Granja Lisboa e Canindezinho.

⁴ A cidade de Fortaleza, no Ceará, está administrativamente dividida em seis Regionais.

O MSMCBJ consiste em uma ONG fundada a partir das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e do apoio de padres da Congregação dos Combonianos⁵, missionários com linha de atuação no movimento das CEBs, baseado na Teologia da Libertação. De acordo com Dino (2007), o MSMCBJ teve início em 1996 com a chegada do padre e psiquiatra Otorrino Bonvini, o qual iniciou seu trabalho missionário com a colaboração de algumas lideranças locais e animadores de CEBs. Neste momento, foram criados espaços de escuta e acompanhamento terapêutico para famílias em situação de risco.

Em 1998, o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim foi formalmente fundado como necessidade que os grupos de voluntários e animadores sentiram de organizarem melhor o trabalho que estava sendo desenvolvido. A partir de então, surgiram parcerias com a Universidade Federal do Ceará (UFC) que formou um grupo de terapeutas comunitários para atuar no Movimento. Posteriormente, iniciaram-se grupos de terapias comunitárias, grupos de auto-ajuda para o resgate da auto-estima, biodança, grupo de teatro, massoterapia e atendimento individual de Psiquiatria. Destarte, de acordo com o planejamento estratégico de 2007, o Movimento tem buscado desenvolver suas atividades tendo como proposta trabalhar o ser humano em suas dimensões bio-psico-sócio-espiritual, promovendo o desenvolvimento dos seus potenciais de uma forma mais ampla (MSMCBJ, 2007).

Em Novembro de 2005, o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Fortaleza, inaugura o CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial. Em 2010, o Movimento foi reconhecido com menção honrosa com o prêmio “Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS” como uma experiência exitosa em saúde através do trabalho “O compartilhamento do cuidado: uma experiência em Fortaleza (CE) na promoção da saúde mental no território e na co-gestão de um CAPS” (BRASIL, 2010). Outrossim, o trabalho de Abordagem Sistêmica Comunitária do MSMCBJ foi finalista do Prêmio da Fundação Banco do Brasil de Tecnologia Social Edição 2009, tendo recebido em Brasília o certificado de Tecnologia Social. No certificado consta que tal tecnologia soluciona o problema a que se propôs resolver, tem resultados comprovados e é reaplicável. O padre Otorrino Bonvini, presidente do MSMCBJ, também foi premiado com a medalha Boticário

⁵ Os Padres Combonianos configuram uma congregação de origem italiana fundada pelo padre Daniel Comboni e cuja perspectiva é aliar o trabalho da igreja católica aos movimentos sociais que busquem formas de justiça social e auxílio às populações mais pobres.

Ferreira, em maio de 2010, a qual é concedida pela Câmara Municipal de Fortaleza a personalidades públicas que prestaram serviços relevantes à capital do Ceará.

O MSMCBJ define sua missão como a de acolher o ser humano, respeitando suas dimensões bio-psico-sócio-espiritual, promovendo o desenvolvimento dos seus potenciais, através do resgate dos valores humanos e culturais, no sentido de favorecer a qualidade das relações pessoais, interpessoais e comunitária para a promoção do dom da vida (MSMCBJ, 2007).

O MSMCBJ possui uma característica peculiar de descentralizar seus estabelecimentos de atendimento à população, de forma que podemos elencar a Casa Ezequiel Ramim, onde acontecem cursos e a administração da ONG, a Casa AME, que se localiza à mesma rua da Casa Ezequiel Ramim, e o CAPS, que funciona em co-gestão da Prefeitura Municipal de Fortaleza e o MSMCBJ como próximos geograficamente. Possuem o Centro de Desenvolvimento Paulo Freire, bem mais afastado, no intuito de atender o máximo possível de pessoas do Bom Jardim, e a Telhoça, onde ocorrem trabalhos com crianças e oficinas de biodança, um pouco mais perto da cidade de Messejana.

A pesquisadora deteve-se a investigar os sentidos de arte em pessoas com transtorno mental nas atividades de arte disponibilizadas pelo Movimento e pelo CAPS, pelo motivo da co-gestão na administração destes. Sendo assim, as atividades Canto, Coral e Teatro, Percussão, Confecção de Bonecas, Fuxico, Pintura em Tela, Expressão Corporal, Oficina Terapêutica Produtiva, Expressão Corporal, Violão e Teclado foram investigadas pela pesquisadora início no segundo semestre de 2010 como possíveis fontes de fornecimento de participantes da pesquisa. Uma das terapeutas do CAPS informou que o objetivo destas oficinas seria de receber as pessoas com transtorno mental grave e que possuem metodologia de intervenção parecida com as atividades que ocorrem na Casa AME, a qual faz parte exclusivamente do MSMCBJ. A diferença entre as atividades do CAPS e da Casa AME seria a presença de um terapeuta, além do facilitador da aula no primeiro caso. No entanto, até setembro de 2010, esta terapeuta revelou que ainda havia muita dificuldade em integrar os participantes dos grupos e fazê-los realizarem as atividades. Dessa forma, eles estariam ainda avaliando a melhor forma de desenvolverem esta proposta.

2.2.1 As atividades de arte do CAPS e do MSMCBJ

A Casa AME compõe grupos de atividades diversas dentre as quais: violão, teclado, percussão, oficinas artesanais pontuais variadas, pintura em tela, pintura em tecido, horta comunitária e farmácia viva, todos abertos à visitação, onde alguns participantes podem levar parentes e amigos para conhecer. Os grupos do CAPS são fechados e apenas em alguns casos se permite a participação de visitantes.

A Casa Arte, Música e Espetáculo Dom Franco Masserdotti (Casa AME) se constitui como um espaço promovido pelo Movimento voltado para a prática de atividades de arte, com ou sem o objetivo de formação profissional. A Casa AME foi inaugurada em 2006 e em 2008, através da participação em um edital, foi selecionada pelo Ministério da Cultura como Ponto de Cultura¹. A proposta deste espaço é a utilização da arte como recurso para o cuidado em saúde mental e acolher pessoas que se identifiquem com alguma linguagem artística. A Casa AME promove atividades voltadas para pessoas que estão sendo atendidas pelo CAPS, como, também, pessoas de qualquer comunidade que se proponham a participar. Em acordo com o CAPS Bom Jardim, a Casa AME reserva um número de vagas, em algumas turmas, para pessoas com transtorno mental, que estejam sendo acompanhadas por este, e compõem algumas turmas exclusivas para tais usuários. Atualmente, há apenas uma turma do curso de teclado que é restrito a usuários do CAPS. Os outros cursos agregam pessoas com e sem diagnóstico de transtorno mental nas turmas que compõem.

Atualmente, a Casa AME trabalha com Pintura em Tela, Pintura em Tecido, Fuxico, Farmácia Viva, Crochê, Ponto Cruz e Vagonite, Teclado, Violão, Teatro de Rua (ou grupo Semearte), Retalhos da Estória, Percussão, Bonecas e Artefatos Artesanais, Farmácia Viva e Horta Comunitária. Outra atividade de arte desenvolvida pelo MSMCBJ é o grupo de Biodança e Arte. Este grupo existe desde agosto de 2009 e tem como objetivo o fortalecimento da saúde e da identidade através de recursos da biodança e de linguagens artísticas diversificadas.

O CAPS do Bom Jardim se configura como um dispositivo de tratamento e reinserção social de pessoas que apresentam transtornos mentais graves e persistentes. O CAPS do Bom Jardim atua desde 2005 e, como dito anteriormente, sua administração é fruto de uma parceria

¹ O Ponto de Cultura é a ação prioritária do Programa Cultura Viva onde iniciativas desenvolvidas pela sociedade civil, que firmaram convênio com o Ministério da Cultura, através de seleção por editais públicos, tornam-se Pontos de Cultura e ficam responsáveis por promover ações culturais que já existem nas comunidades.

entre o MSMCBJ e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Através desta parceria, o CAPS tem buscado realizar encaminhamentos dos usuários para as atividades disponíveis do Movimento e, dessa forma, possibilitar que o cuidado à saúde mental não se restrinjam ao atendimento clínico. O CAPS realiza atendimentos de psiquiatria, enfermagem, psicologia e terapia ocupacional de forma individual como, também, acompanha grupos terapêuticos tais como: Terapia Comunitária, Práticas Expressivas, Canto, Coral e Teatro, Oficina Terapêutica Produtiva e Grupo de Auto Estima.

A fase de exploração foi iniciada pela autora da pesquisa em março de 2009, junto a participantes de outra pesquisa que estiveram relacionados a qual esta investigação esta vinculada, no intuito de conhecer melhor o cotidiano das atividades do Movimento. Como o objetivo desta investigação consiste na compreensão dos sentidos de arte a partir de pessoas com transtorno mental, buscou-se identificar quais atividades de arte participavam pessoas com transtorno mental que estão sendo ou já foram acompanhadas pelo CAPS Bom Jardim. Na Casa AME, tais atividades de arte incluem oficinas de Pintura em Tela, Pintura em Tecido, Retalhos da Estória, Fuxico, Teclado, Teatro de Rua, Percussão e Farmácia Viva. A maioria das atividades da Casa AME integra nas mesmas aulas pessoas com e sem transtorno mental. No CAPS são desenvolvidos os grupos de Expressão Corporal, Oficina Terapêutica Produtiva e Canto, Coral e Teatro.

A seguir, será feita uma apresentação das atividades de arte do MSMCBJ em que participam pessoas com transtorno mental. Estes dados foram coletados até agosto de 2010. A descrição das atividades tentará trazer informações sobre os objetivos de cada atividade, a orientação das atividades, os participantes que o compõem, a frequência das atividades, as dificuldades relatadas e a abordagem teórica. Vale ressaltar que, o MSMCBJ incentiva a participação de voluntários e funcionários em atividades de capacitação. No entanto, estes parecem buscar criar formas específicas de utilizar os conhecimentos adquiridos sem necessariamente serem fiéis promotores de um rigor científico através de um registro avaliativo de suas ações. A seguir, abordarei sobre as atividades de arte do Movimento:

- Pintura em Tela

A Pintura em tela é facilitada por uma funcionária que já foi integrante voluntária do Movimento e se capacitou em artes plásticas através do próprio MSMCBJ, que trouxe o curso para o bairro, na Casa Ezequiel Ramim. Ela procura conversar com os alunos deste curso sobre temas que os interessam praticar e traz temas que podem não ser do conhecimento

deles, ou seja, algumas aulas e práticas seguem uma linha mais livre, outras trazem temas como construção de mandalas, adesão de objetos ao painel, fazendo um quadro relevo, dentre outros. A pintura em tecido é facilitada pela mesma pessoa da pintura em tela e segue a didática de utilização de tintas e pincéis, na maior parte das vezes, com temática livre.

A facilitadora busca promover a integração e fortalecimento de laços afetivos entre os participantes. Os encontros costumam ser semanais e ocorrem durante todo o semestre. As dificuldades percebidas referem-se ao pouco espaço e iluminação inadequada que eles dispõem para esta atividade. Os quadros dos participantes estão espalhados locais que compõem o Movimento e alguns estão à venda. Participam pessoas com e sem transtorno mental. Esta atividade compõe uma linha pedagógica. A Pintura em tecido é facilitada pela mesma pessoa que orienta a pintura em tela e também segue uma abordagem pedagógica. Trata-se de uma atividade para o aprendizado de técnicas para elaboração de pinturas em tecidos que sirvam para tornarem-se blusas, toalhas de mesa, bolsas, dentre outros materiais úteis. Os encontros costumam ser semanais e ocorrem durante todo o semestre. Participam, compondo um mesmo grupo, pessoas com e sem transtorno mental. O objetivo é o de que pessoas que se identifiquem com esta linguagem sintam-se bem ao realizá-la. A participação em conjunto de pessoas com transtorno mental e sem diagnóstico de transtorno mental, nos grupos do MSMCBJ é proposital, e tem como objetivo a socialização dos sujeitos em sofrimento psíquico através da construção de novos significados que a convivência afetiva e social pode trazer; outrossim, enfraquecendo o estigma de loucura, como sinônimos de perigo, da ausência de identidade singular, desejos, perspectivas e potencialidades.

- Retalhos da Estória

A oficina de retalhos da estória é facilitada por uma usuária do CAPS Bom Jardim e se configura na confecção de blusas, toalhas e outros adereços de tecido enfeitados com tecidos de formatos diversos costurados a ele. O grupo já confeccionou flores feitas de tecido e costuradas à mão em blusas e panos de prato. Neste trabalho são vistos flores, casas, imagens de pessoas, dentre outros, recortados no tecido e costurados, especialmente em blusas, de forma que passem uma mensagem ou uma estória através de retalhos. Esta atividade foi ideia da usuária do CAPS facilitadora da atividade e foi bem acolhida pelo MSMCBJ. Esta atividade costuma ser semestral e ocorrer uma vez por semana. Em agosto de 2010, a facilitadora afastou-se temporariamente do trabalho no MSMCBJ para dedicar-se a um trabalho remunerado.

- Curso de Teclado

O curso de teclado é facilitado por uma filha de usuária do CAPS e constitui na aprendizagem do uso do teclado e dos sons das notas musicais. Costumam apresentar-se sem eventos promovidos pelo MSMCBJ. Este é um dos cursos mais procurados por usuários do CAPS. O objetivo desta atividade é o de que as pessoas se sintam bem ao toarem uma música, ouvi-la e perceberem-se capazes de aprender a tocá-la. A facilitadora procura fortalecer os laços afetivos entre os participantes. A dificuldade relatada pela facilitadora é de que o grupo de alunos é bastante rotativo e as pessoas com transtorno mental costumam ter crises além de faltar com certa frequência às aulas, o que dificulta o andamento das atividades. Apesar disto, não se costuma verificar desistências. A atividade costuma ser de frequência semanal. Costumam apresentar-se em eventos comemorativos do MSMCBJ.

- O teatro de rua ou grupo Semearte

O teatro de rua ou grupo Semearte existe desde a fundação da ONG. Atualmente é facilitado por um professor de teatro que coordena a Casa AME. Constituem este de pessoas com idades entre 7 e 60 anos, em um mesmo grupo. O grupo está em fase de reformulação de objetivos para que satisfaça as necessidades dos participantes. Costuma realizar apresentações culturais em diversificados espaços de Fortaleza, ou seja, não se limitam a apresentar-se no bairro do Bom Jardim. O grupo de percussão consiste em encontros para produção do instrumento musical e aulas para o uso destes instrumentos.

O Teatro, segundo o facilitador ora segue uma abordagem pedagógica, ora terapêutica. Trata-se de um grupo de pessoas de faixas etárias variadas, constituindo participantes de sete a sessenta anos de idade. Outrossim, integram pessoas com formação acadêmica e pessoas analfabetas. A diversidade de características entre os integrantes compõe dois desafios: lidar com as dificuldades causadas por interesse pessoais e efetivar a vontade de permanecerem juntos. O facilitador é o coordenador da Casa AME e este costuma aplicar exercícios de teatro de rua e teatro do oprimido de Augusto Boal, seguindo a linha de abordagem pedagógica de Paulo Freire. Esta atividade ocorre semestralmente, com frequência semanal. O objetivo é o de que pessoas que se identifiquem com esta linguagem sintam-se bem ao realizá-la. Neste caso, o facilitador também tem a preocupação de promover a integração e fortalecimento de laços afetivos entre os participantes. Costuma realizar exercícios de teatro que tenha objetivo terapêutico.

- A Oficina de Farmácia Viva

A Oficina de Farmácia Viva é vinculada ao trabalho com a horta comunitária e é considerada arte pelo Movimento. Consiste no cultivo de determinadas plantas, colheita e utilização para produtos artesanais, em especial, sabonetes e produtos aromáticos, dentre outros. Na atividade de Farmácia viva a paciência é um dos elementos que chamam mais atenção, pois os participantes não podem lidar com o seu material de arte com imediatismo que a contemporaneidade costuma exigir. O prazo para a produção dos materiais (sabonetes, farinhas nutritivas, dentre outros) respeita o prazo do crescimento da planta, da espera pela chuva, da espera que a irrigação artificial faça efeito, da espera pela hora certa da colheita para que o produto artesanal atinja o ponto ideal. O cuidado e a espera são dois elementos bastante importantes nesta atividade. Esta atividade não segue nenhuma abordagem teórica terapêutica, apenas tem como objetivo que as pessoas que se identifiquem com estas atividades sintam-se bem participando delas. Esta atividade ocorre semestralmente, com frequência semanal. Costumam participar dela pessoas com e sem transtorno mental. O facilitador costuma buscar informações sobre o tratamento com as plantas na Faculdade de Agronomia da Universidade Federal do Ceará (UFC) e alia as informações obtidas aos conhecimentos que ele já possui sobre o assunto.

- Biodança

Uma atividade de arte que é promovida no Movimento, mas que não ocorre na Casa AME, principal lócus de atividades de arte, é o grupo de biodança, facilitado por duas psicólogas, uma delas funcionária do CAPS, outra voluntária do MSMCBJ. Esta atividade está vinculada a concepções teóricas em educação biocêntrica e busca através da música e de movimentos fortalecer o sujeito através de cinco linhas de vivência: vitalidade, sexualidade, criatividade, afetividade e transcendência⁶. Esta atividade inclui, além das práticas teoricamente embasadas pela biodança, o uso de recursos de arte-terapia. Dela participam profissionais e usuários do CAPS, estudantes universitários, moradores do Grande Bom Jardim e participantes das CEBs. Esta configuração de grupo terapêutico foge bastante da proposta pineliana de tratamento, considerando que esta prática prima pelo afastamento e relacionamento hierárquico entre usuário e profissional. Neste espaço, é notória a promoção do fortalecimento de laços afetivos entre os participantes como suporte necessário para

⁶ Para maiores informações sobre o tema sugiro o livro *Vivência e Identidade: uma visão biocêntrica*, cujo autor é Cezar Wagner de Lima Góis, 2002, Edições do Instituto Paulo Freire.

a execução das atividades. Em agosto de 2010, este grupo promoveu uma maratona de três dias e que consistiu em um final de semana em uma casa de praia própria para este tipo de prática. Neste momento, o grupo fez uso de argila, velas para composição de desenhos, giz de cera e outros recursos. Configurou-se como recurso artístico, também, caminhadas pela praia, como forma de contato com a natureza e as sensações que ela proporciona. Esta atividade o que manifestou por parte dos facilitadores a proposta, pelo Movimento, de um significado de arte inusual: arte como relação com a natureza.

- Oficina de bonecas de pano

A oficina de bonecas de pano segue mais uma linha pedagógica e ocorre na Casa AME. Esta atividade é considerada de cunho pontual e costuma ocorrer por um curto período de tempo, menos de quatro meses, e com frequência semanal. A atividade começou a existir devido à habilidade da vice-coordenadora da Casa AME em construir este tipo de artesanato. Costumeiramente as pessoas com alguma habilidade artística se oferecem para dar aulas no MSMCBJ e este, por sua vez, tem por hábito acolher esta oferta. A facilitadora do grupo até o ano de 2010 foi a vice-coordenadora da Casa AME. No entanto, esta se afastou das atividades do MSMCBJ por motivos pessoais. As dificuldades relatadas pela facilitadora foram de integrar as pessoas com transtorno mental grave e as pessoas que não possuíam transtorno mental. A facilitadora da atividade tem formação em Pedagogia, formação em Educação Biocêntrica, massoterapia e é facilitadora de biodança. Tais formações técnicas tiveram a anuência, incentivo e colaboração, inclusive financeira, do MSMCBJ. Outrossim, sua formação e conhecimento popular contribuíram para que ela organizasse suas práticas, sem, entretanto, realizar registro avaliativo destas. O horário era definido a cada semestre. Nesta atividade, participam juntamente pessoas com ou sem transtorno mental e costumam disponibilizar suas produções para venda no MSMCBJ.

- Ponto de Cruz e Vagonite

A atividade de Ponto de Cruz e Vagonite é facilitada por uma das mais antigas integrantes do MSMCBJ. Tal atividade foi iniciada na Casa de Aprendizagem Ezequiel Ramim e, somente em 2006, com a inauguração da Casa AME, esta e outras atividades de arte mudaram de sede para esta última. Esta atividade começou a ser ofertada porque a facilitadora tinha habilidade com esta atividade e se ofereceu a orientá-la aos moradores do bairro. Na época, segundo a vice-coordenadora da Casa AME, estas oficinas tinham como objetivo capacitar as pessoas, com ou sem transtorno mental, para atividades laborativas.

Sentirem-se capazes de exercer alguma atividade laborativa faziam com que se sentissem melhor em relação a sua saúde. As dificuldades, relatadas pela coordenadora da Casa AME, também diziam respeito à integração das pessoas com transtorno mental grave e as pessoas que não possuíam transtorno mental, em especial, porque as pessoas com transtorno mental grave eventualmente tinham crises durante a atividade. Esta atividade não segue nenhuma base teórica, mas uma linha de conhecimento popular. Limita-se a possibilitar, essencialmente, a criação de um espaço de conhecimento da atividade de integração entre as pessoas. Esta atividade costuma ser semestral e ocorrendo uma vez por semana, aos sábados. Durante o ano de 2010, não houve participação de pessoas com transtorno mental nesta oficina.

- Fuxico

O Fuxico, que segue a linha pedagógica, é facilitado por uma das primeiras integrantes do MSMCBJ. Ela iniciou sua atividade no teatro e, por ter habilidade na construção de fuxicos (artesanato comum no Nordeste do Brasil), decidiu oferecer-se para orientar um grupo. Não existe programa de aula, as atividades se desenvolvem de forma aleatória e dependendo da motivação dos participantes. Costumam produzir blusas, bolsas, tapetes e outros materiais e utensílios. A facilitadora também procura motivar a integração entre os participantes e o fortalecimento dos laços afetivos. Esta motivação tem relação com sua experiência de inserção no MSMCBJ, onde, em sua perspectiva, o laço afetivo com as pessoas do Movimento foi de fundamental importância para sua saúde. A atividade costuma ser semestral e de frequência semanal. A facilitadora não relata dificuldades em relação à integração entre os participantes, ou qualquer outra dificuldade. Apenas relata ter dificuldades em conduzir a oficina de fuxico tendo que cuidar de sua saúde fragilizada. A facilitadora, no entanto, se propõe a deixar estas atividades alegando que elas são responsáveis pelo bem estar que percebe em si, apesar dos problemas de saúde que tem enfrentado.

- Canto

A aula de canto iniciou-se no segundo semestre de 2010. A informação obtida com a vice-coordenadora da época foi de que a facilitadora ainda estava organizando os encontros. A atividade se constitui como um espaço de conhecimento e utilização da voz para o canto. O objetivo é o de que, as pessoas que se identifiquem com esta linguagem artística, sintam-se bem ao executá-la. A dificuldade relatada foi de que estava demorando a formar uma turma.

- Violão

A atividade de Violão também segue o grupo das práticas de abordagem pedagógica e se trata de uma aula de violão, utilização de cordas e notas musicais. Esta atividade não segue uma abordagem teórica terapêutica, apenas ensina aos participantes a utilizar o instrumento aprendendo sobre leitura de partituras e saber tocar violão. A atividade acontece semanalmente.

- Percussão

A Percussão se trata de um espaço de construção de instrumentos de percussão e aulas para saber tocá-los. Esta atividade ocorre semestralmente e com frequência semanal. O objetivo é o de que pessoas que se identifiquem com esta linguagem sintam-se bem ao realizá-la através de uma abordagem pedagógica. O facilitador costuma preparar algumas aulas e as informações teóricas encontradas sobre determinada técnica a ser utilizada. Neste caso, também se percebe que o facilitador tem a preocupação de promover a integração e fortalecimento de laços afetivos entre os participantes. Os integrantes costumam relatar que esta atividade possui efeito relaxante. As atividades não seguem uma base teórico-científica.

Podemos perceber que as atividades do MSMCBJ incluem insistentemente, como elementos de desenvolvimento grupal e promotor da saúde, os quais seriam propostos pelos grupos: a afetividade e a interação harmoniosa entre os participantes, o que leva a refletir, se além de espaços de conhecimento sobre arte, estes não estariam ajudando a construir um ambiente de tolerância diante das diferenças entre pessoas com transtorno mental e pessoas sem diagnóstico de transtorno mental, colaborando com a boa convivência diante da liberdade de expressão de cada participante.

Adentrando as atividades do CAPS, no grupo de Práticas expressivas, a facilitadora é funcionária do CAPS e, assim, como todos os funcionários, é integrante do MSMCBJ. Vejamos as atividades de arte que ocorrem no CAPS:

- Práticas expressivas

Nesta atividade, a facilitadora busca promover dinâmicas grupais que facilitem e estimulem a expressão dos usuários. A atividade de Práticas Expressivas é uma atividade de objetivo terapêutico facilitada por uma psicóloga de abordagem psicanalítica. Esta atividade ocorre todo semestre e tem frequência semanal. O objetivo da atividade é facilitar o diálogo

entre os participantes, a organização e expressão dos pensamentos e emoções através de diversos recursos artísticos: pintura, música, dança, dentre outros. Uma das dificuldades é com relação à frequência dos participantes.

- A oficina Terapêutica Produtiva

A Oficina Terapêutica Produtiva é atividade é facilitada por uma terapeuta ocupacional. Consiste na produção de produtos artesanais que busquem a reabilitação para a realização de atividades que tenham sido prejudicadas pelo transtorno mental e o uso da medicação. A atividade ocorre todo semestre e possui frequência semanal. Algumas das dificuldades refere-se a frequência instável dos participantes e a falta de um local mais adequado para a sua realização. Esta atividade costuma ser realizada na mesa da cantina onde transitam muitas pessoas que possam vê-las. Consiste na elaboração de produtos artesanais no intuito de fazer com que os participantes tomem controle de seus movimentos e sintam-se produtivos e capazes.

- A oficina de Canto, Coral e Teatro

Esta atividade é facilitada por uma arte-educadora que, devido experiências anteriores, resolveu unir as três formas de expressão artística para trabalhar melhor de forma terapêutica no grupo. Compõe-se de uma prática nova dentro do MSMCBJ. Possui cunho terapêutico e tem como objetivo aliar diversas linguagens artísticas que alguns usuários se identificam e, aos utilizá-los, estes se sentirem bem. Esta atividade também busca a expressão de emoções e a organização de pensamentos que em outros espaços os sujeitos não conseguiriam ou não se sentiriam à vontade para isto. A atividade ocorre todo semestre e possui frequência semanal.

Apesar da grande procura pelas atividades de arte por parte dos usuários do CAPS Bom Jardim, a rotatividade dessas pessoas nestes grupos é muito grande, de forma que, de acordo com funcionários do Movimento, a maior parte dos participantes destas atividades permanece apenas quatro ou cinco meses nas mesmas. Funcionários da Casa AME informaram que as oficinas de Retalhos da Estória, Fuxico, Teclado e Pintura em Tela são as atividades de arte mais procuradas por pessoas que estão sendo acompanhadas pelo CAPS e onde as faltas são menos frequentes. No curso de teclado, as faltas são habituais, segundo a facilitadora, porque em geral os usuários do CAPS têm crises frequentes e, por este motivo, acabam faltando. Neste grupo, não é difícil comparecer apenas uma ou duas pessoas, mas dificilmente comparecem todos e dificilmente há desistência.

Depois de visitas a campo, constatou-se que não há uma definição clara por parte dos integrantes da ONG sobre o que é estritamente atividade do CAPS e atividade do Movimento e, sendo assim, a imagem do que seriam as atividades do CAPS e do MSMCBJ aparentam ter uma mesma origem: a do MSMCBJ, ou o Movimento, onde o padre Rino⁷ é presidente. Dentre os usuários do CAPS que compõem as atividades de arte supracitadas, desta investigação participaram pessoas que compõem as atividades artísticas de teatro Semearte, Oficina terapêutica produtiva, teclado, percussão e biodança.

2.3 Participantes da pesquisa

Esta pesquisa constitui-se de cunho qualitativo, onde o interesse maior não está na quantidade de sujeitos participantes, mas na qualidade das informações que atendam os objetivos da investigação. Neste sentido, trabalhamos com um número pequeno, oito pessoas, de informantes que configuram usuários do CAPS do Bom Jardim que participam de atividades de arte. Os usuários do CAPS participaram da pesquisa através de dois grupos focais orientado por um roteiro específico para cada encontro.

Os usuários do CAPS participantes da pesquisa correspondem a um número de oito pessoas e possuem algum transtorno mental, estão sendo atendidas pelo CAPS do Bom Jardim, e participam de alguma atividade de arte do MSMCBJ ou do CAPS há, pelo menos, quatro meses. Estas pessoas foram selecionadas para participação nesta pesquisa de acordo com os seguintes critérios:

1. Esteja há quatro meses ou mais participando em alguma atividade de arte do MSMCBJ e do CAPS;
2. Esteja sendo acompanhado pelo CAPS do Bom Jardim para o tratamento de algum transtorno mental;
3. Tenha mais de dezoito anos, para poder se responsabilizar pelo depoimento;
4. Declarar sua concordância em participar da pesquisa após conhecimento do termo de consentimento e demais informações sobre a investigação.

⁷ Apelido dado pela comunidade local ao padre Otorrino Bonvini.

Para identificação das pessoas que estariam dentro destes critérios, à pesquisadora deste trabalho solicitou à coordenação da Casa AME, facilitadores do CAPS e da atividade de Biodança e Arte que construíssem uma relação de possíveis participantes da pesquisa. As solicitações foram feitas pessoalmente, durante visitas realizadas ao Movimento, na fase de exploração de campo.

Em seguida, a vice-coordenadora da Casa AME apresentou uma lista com as atividades de arte e seus participantes. Posteriormente, ela construiu e forneceu uma lista com as pessoas que haviam sido encaminhadas pelo CAPS e que estavam sendo acompanhadas pelo CAPS do Bom Jardim através de um diagnóstico de transtorno mental. Outrossim, foi solicitada dos facilitadores destas atividades a data de ingresso de cada participante da lista fornecida pelos referidos coordenadores para que a pesquisadora tivesse uma ideia do tempo em que a atividade de arte constituiu de interesse e curiosidade para os usuários.

Como a pesquisadora participa do grupo de Biodança e Arte, esta convidou os integrantes para contribuírem com a investigação. Neste grupo, apenas uma pessoa revelou possuir perfil para a participação na pesquisa.

A lista com participantes dos grupos de arte do CAPS foi fornecida pelos facilitadores destes grupos. Segundo a facilitadora do grupo de Oficina Terapêutica Produtiva, o grupo que ela acompanha é composto pelos mesmos integrantes que o grupo de Canto, Coral e Teatro há mais de seis meses. Em relação grupo de Expressão Corporal, a facilitadora afirmou que os usuários destes não participam de outras atividades de arte.

Com a lista de participantes das atividades de arte, fornecida pelos coordenadores da Casa AME e facilitadores de atividades de arte do CAPS, foi requerido a busca, por estes participantes, nos prontuários do CAPS a fim de que se obtivesse acesso aos diagnósticos e a data de ingresso dos participantes das atividades de arte do CAPS. Neste momento, algumas dificuldades foram vislumbradas: alguns dos nomes dos participantes não foram encontrados nos prontuários e alguns prontuários não foram encontrados em cinco dias que a pesquisadora se dedicou a procurá-los. Havia também dois casos em que não havia registro de diagnóstico fornecido pelo médico psiquiatra. Um dado interessante evidenciado durante a investigação foi que havia usuários que participavam de diversas atividades do MSMCBJ, ocupando quase todo o seu tempo, e dedicando também quase todo seu investimento de socialização, nesta ONG. Outrossim, o MSMCBJ realizava atividades em pontos

relativamente distantes entre si no Grande Bom Jardim. Este dado facilitou com que mais pessoas tivessem acesso aos seus serviços.⁸

A lista construída com os usuários em que foi possível o acesso ao prontuário e ao diagnóstico possuía cinquenta e três pessoas. Destes cinquenta e três usuários, relacionados dentro dos critérios elencados para participação nesta pesquisa, selecionei oito pessoas para convidar para participar de entrevistas individuais. Adotei como parâmetro a diversidade de diagnósticos e a diversidade de atividades de arte em que estão inseridos (Apêndice A).

Dos sujeitos selecionados, aceitaram participar da pesquisa as pessoas do seguinte tabela, cujos nomes para constar em pesquisa, foram escolhidos por eles mesmos. Os diagnósticos apontados constam em seus prontuários, assim como as atividades de arte, psiquiatria e psicologia.

Tabela 1 - Participantes da pesquisa.

Nome	Idade	Sexo	Atividade	Diagnóstico	Atendimento
Beto	34	Masculino	Expressão corporal e atendimento psiquiátrico no CAPS.	F 20.1 - Esquizofrenia F 25 - Transtorno esquizoafetivo.	CAPS.
Érida	50	Feminino	Oficina de fuxico na Casa AME; Atendimento psicológico e psiquiátrico no CAPS.	F 33.2 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos.	CAPS, Casa AME.
Esmeralda	43	Feminino	Biodança na Telhoça do MSMCBJ; Facilitação na oficina de confecção de bonecas de pano pela Casa AME; Atendimento psiquiátrico pelo MSMCBJ.	F 32 - Episódios depressivos.	Casa AME; Telhoça do MSMCBJ; Atendimento psiquiátrico do MSMCBJ (ocorre no CAPS).
Maria	32	Feminino	Expressão corporal e atendimento psiquiátrico no CAPS.	F 32 - Episódios depressivos.	CAPS.
Roberto	24	Masculino	Percussão na Casa AME; Psiquiatria no CAPS.	F 84.5 - Síndrome de Asperger. G 24.0 - Distonía. F 25 - Transtorno esquizoafetivo.	CAPS; Casa AME.

⁸ Os dados mais detalhados sobre atividades exercidas pelo movimento no grande bom jardim podem ser verificados em seu site oficial: www.msmbj.com.br

Salvanira	73	Feminino	Teclado na Casa AME; Psiquiatria e psicologia no CAPS.	F 33.3 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos.	CAPS; Casa AME.
Meuri	60	Feminino	Facilitação da oficina de fuxico na Casa AME; Participação no grupo de Teatro Semearte do MSMCBJ; Atendimento psiquiátrico pelo MSMCBJ.		
Socorro	64	Feminino	Acompanhante de Beto.	-	-

Tais participantes forneceram informações sobre como contatá-los para confirmação do encontro e se mostraram bastante solícitos sob o discurso de que o MSMCBJ é um espaço que lhes enriquece e que participando da pesquisa, de alguma forma, estariam retribuindo o bem estar que esta entidade lhes tem promovido.

2.4 A construção e aplicação dos instrumentos

Foram utilizadas distintas técnicas de coleta de dados como análise dos documentos do MSMCBJ e a realização de dois grupos focais. A escolha dos instrumentos se deu posteriormente à fase de exploração do campo de pesquisa. Na fase de inserção no campo, a pesquisadora principiou participando de almoços na casa do padre Rino em março de 2009, onde fui apresentada aos funcionários e voluntários do Movimento. A partir desta data, foram realizadas visitas às atividades do MSMCBJ e do CAPS, onde foi possível conversar com pessoas que participavam de atividades de arte, com usuários do CAPS e com facilitadores de oficinas de arte. Nesta fase de exploração, a investigadora desta pesquisa buscou participar de atividades de cuidado em saúde mental que utilizam a arte como recurso e a conversar com usuários e profissionais que participam destas atividades.

Triviños (1987) refere à importância da inserção no campo de pesquisa para a compreensão dos processos humanos que se constituem na historicidade e cultura em que os sujeitos estão inseridos. Segundo ele, “as tentativas de compreender a conduta humana isolada do contexto no qual se manifesta criam situações artificiais que falsificam a realidade, levam a engano, a elaborar postulados não-adequados, a interpretações equivocadas”. (p.122).

A fase de aproximação do campo foi útil para a desconstrução de definições pré-concebidas a respeito das formas de cuidado dispensadas às pessoas com transtorno mental, sobretudo no contexto das atividades de arte. Nesta pesquisa, a exploração de campo participa na identificação das atividades de arte que devem ser utilizadas nesta pesquisa. Neste sentido, as atividades escolhidas nesta investigação foram aquelas definidas pelo Movimento como essencialmente constituídas por parâmetros artísticos.

A partir das aproximações com as atividades do MSMCBJ, foi possível determinar os critérios de admissão dos sujeitos na pesquisa e foram definidas algumas técnicas que favoreceriam uma aproximação com o objeto de investigação. De acordo com os objetivos específicos desta investigação, foram delimitadas as categorias e subcategorias que fazem parte da construção dos instrumentos, descritos na tabela a seguir.

Tabela 2 - Relação entre os objetivos específicos, suas categorias e as subcategorias.

Objetivos específicos	Categorias	Subcategorias
1. Identificar as práticas de cuidado do MSMCBJ que utilizam a arte na atenção às pessoas com transtorno mental.	Concepções de Arte; Transtorno Mental; Práticas de Cuidado; Acolhimento; Reforma Psiquiátrica.	1.1. Práticas de cuidado que utilizam a arte como recurso. 1.2. Percepções sobre a contribuição da arte no cuidado em saúde mental. 1.3. Perspectivas de cuidado associadas a estas práticas.
2. Analisar os sentidos das práticas de cuidado que utilizam arte, atribuídos por pessoas com transtorno mental.	Sentidos de Arte; Transtorno Mental; Práticas de Cuidado; Sentidos de arte.	2.1. Emoção. 2.2. Motivação. 2.3. Atividade. 2.4. Criatividade. 2.5. Significação do transtorno mental em sua vida. 2.6. Formas de cuidado vivenciadas nas atividades de arte do MSMCBJ. 2.7. Mudanças na sua forma de agir, pensar e sentir após sua entrada na atividade de arte. 2.8. Mudanças na forma de vivenciar o transtorno mental após sua entrada na atividade de arte.

Tabela 3 - Relação entre as subcategorias e os instrumentos.

Subcategorias	Inserção no Campo	Questões do Grupo Focal
1.1. Práticas de cuidado que utilizam a arte como recurso.	Análise dos documentos do MSMCBJ.	
2.1. Percepções sobre a Contribuição da arte no cuidado em saúde mental.		1.Movimento/CAPS: Vocês podem falar Como chegaram ao Movimento ou ao CAPS? Quais são as atividades ou grupos

<p>2.2. Perspectivas de cuidado associadas a estas práticas.</p> <p>2.3. Emoção.</p> <p>2.4. Motivação.</p> <p>2.5. Atividade.</p> <p>2.6. Criatividade.</p> <p>2.7. Significação do transtorno mental em sua vida.</p> <p>2.6. Formas de cuidado vivenciadas nas atividades de arte do Movimento.</p> <p>2.7. Mudanças na sua forma de agir, pensar e sentir após sua entrada na atividade de arte.</p> <p>2.8. Mudanças na forma de vivenciar o transtorno mental após sua entrada na atividade de arte.</p>		<p>que vocês participam aqui no Movimento? Como vocês chegaram a essa(s) atividade(s)? Alguém indicou? Vocês podem explicar o que fazem nesses grupos?</p> <p>2. Arte: como é trabalhar com arte? O que vocês sentem nesse trabalho com arte? Existe algo que motiva vocês? Falem-me sobre isso. Qual é o tipo de atividade de arte que vocês gostam mais? Por quê? Existe alguma dificuldade nessa atividade? Existe algo que vocês mudariam no trabalho com arte? O que vocês fazem com os produtos de arte que produzem? Vocês já foram a alguma exposição de arte? Vocês se consideram artistas?</p> <p>3. Cuidado em saúde mental: Em um momento de sua vida, você precisou de atendimento no CAPS. Falem-me sobre isto. O que sentiam? Como é para vocês cuidarem de sua saúde mental? Como é o acompanhamento do Movimento no cuidado de sua saúde? Qual o papel que a arte tem no cuidado de sua saúde? Que mudanças vocês percebem em sua vida depois que começou a participar dessa(s) atividade(s)? Como você se sente atualmente em relação à sua saúde? Que sugestões você teria para que estas atividades melhorassem?</p>
--	--	--

Tabela 4 - Quadro de categorias teóricas e empíricas encontradas.

Objetivos específicos	Categorias	Subcategorias	Categorias empíricas
<p>1. Identificar as práticas de cuidado do MSMCBJ, que utilizam a arte na atenção às pessoas com transtorno mental.</p>	<p>Concepções de Arte; Transtorno Mental; Práticas de Cuidado; Acolhimento; Reforma Psiquiátrica;</p>	<p>1.1. Práticas de cuidado que utilizam a arte como recurso.</p>	<p>1.1. Atividades de arte que seguem a linha pedagógica e atividades de arte que seguem a linha terapêutica.</p>

2. Analisar os sentidos das práticas de cuidado que utilizam arte, atribuídos por pessoas com transtorno mental.	Sentidos de Arte; Transtorno Mental; Práticas de Cuidado; Sentidos de arte.	2.1. Emoção. 2.2. Motivação. 2.3. Atividade. 2.4. Criatividade. 2.5. Significação do transtorno mental em sua vida. 2.6. Formas de cuidado vivenciadas nas atividades de arte do MSMCBJ. 2.7. Mudanças na sua forma de agir, pensar e sentir após sua entrada na atividade de arte. 2.8. Mudanças na forma de vivenciar o transtorno mental após sua entrada na atividade de arte. 2.9. Percepções sobre a contribuição da arte no cuidado em saúde mental. 2.10. Perspectivas de cuidado associadas a estas práticas.	2.1. Liberdade. 2.2. Transformação. 2.3. Autonomia. 2.4. Movimentar-se. 2.5. Exercer a criatividade. 2.6. Bem-estar. 2.7. Aprendizagem. 2.8. Interação. 2.9. Poder se comunicar. 2.10. Poder expressar afeto. 2.11. Sentir-se valorizado.
--	--	---	---

Um roteiro de subcategorias teóricas foi utilizado como orientador para a investigação a partir das falas dos participantes. Durante a realização dos grupos focais, ora tais subcategorias apareciam claramente no discurso do grupo, ora surgiam outras palavras que não foram previamente pensadas (categorias empíricas), mas que apresentavam algum tipo de relação com as categorias pré-existentes. A subcategoria Emoção (2.1) relaciona-se mais claramente às categorias empíricas de Liberdade (sensação de sentir liberdade), transformação (sentir-se transformado), Autonomia (sentir-se capaz, autônomo), exercer a criatividade (que convoca a emoção para a elaboração de práticas e obras artísticas), poder expressar afeto, sentir-se valorizado e interação. A subcategoria Motivação (2.2) relaciona-se a Movimentar-se e Sentir-se valorizado (o que impulsiona que o sujeito atue com mais frequência nas tarefas). A subcategoria Atividade (2.3) relaciona-se a todas as categorias empíricas, já que não se trata somente de um ato externo, um movimento do corpo, mas, também, a ações psíquicas. A subcategoria Criatividade (categoria 2.4) envolve as categorias empíricas de Transformação, Poder se comunicar, Exercer a criatividade. O Significado do transtorno mental em sua vida (2.5) faz referência explícita a todas as categorias empíricas,

que, de alguma forma, implicam em buscar viver a experiência de transtorno mental da melhor forma possível. A subcategoria Formas de Cuidado Vivenciadas Nas Atividades de Arte do MSMCBJ (2.6) refere-se à categoria empírica de Bem-estar; Aprendizagem (ter no espaço do MSMCBJ a oportunidade de aprender), Interação (onde são muitas vezes experienciadas formas de cuidado), Sentir-se valorizado (como parte componente da forma de cuidado valorizada pelos usuários) e Poder expressar afeto (como componente de uma forma de cuidado julgada importante nas falas dos participantes).

As subcategorias Percepções sobre a contribuição da arte no cuidado em saúde mental (2.9) e Perspectivas de cuidado associadas a estas práticas (2.10) findam por relacionar-se, também, a todas as categorias empíricas por fomentarem a construção de um contexto possível para as subcategorias previstas e as que surgiram durante a pesquisa. As palavras: acolhimento, liberdade, movimentar-se, expressar afeto e sentir-se valorizado, surgiram através dos usuários como categorias empíricas não previstas antes da realização do trabalho.

As categorias e subcategorias encontram-se afinadas no sentido de que Concepções de Arte, Transtorno mental, Práticas de cuidado, Acolhimento e Reforma Psiquiátrica se afinam com as práticas do Movimento. Dessa forma, coadunam com as práticas de cuidado que utilizam arte (subcategoria 1.1) e o contexto visualizado nas atividades visualizadas no MSMCBJ (Categoria empírica 1.1). Nesta investigação as Categorias Sentidos de Arte, Transtorno Mental, Práticas de Cuidado e Sentidos de arte coadunam com as subcategorias previstas e as categorias empíricas advindas dos participantes da pesquisa e seus questionamentos sobre cuidado em saúde mental.

O objetivo geral “Compreender os sentidos de arte no cuidado em saúde mental atribuídos por pessoas com transtorno mental” foi avaliado como tendo sido contemplado através da análise da relação entre o material adquirido através do trabalho de inserção de campo, análise de documentos do MSMCBJ e dos grupos focais. A inserção de campo e a análise dos documentos do MSMCBJ trouxeram informações sobre as práticas de cuidado em saúde mental, reservadas a pessoas com transtorno mental. Outrossim, os grupos focais também responderam aos objetivos da pesquisa, visto que, o primeiro grupo contemplou as relações de cuidado em saúde mental experienciadas pelos usuários; e o segundo grupo focal abriu espaço para que os participantes relatassem os sentidos de arte e como esses sentidos se relacionam com seu cuidado em saúde, abordando compreensões sobre os sentidos de arte,

construídos através das experiências de pessoas com transtorno mental, relacionadas ao sofrimento psíquico e à experiência de cuidado em saúde mental através da arte.

Para alcançar o primeiro objetivo “Identificar as concepções e práticas de arte utilizadas pelo MSMCBJ na atenção às pessoas com transtorno mental”, foi realizada uma consulta de profissionais e de documentos do MSMCBJ e do CAPS que auxiliaram na identificação das atividades de arte. Outrossim, a pesquisadora utilizou os registros feitos em anotações de campo de participação em atividades do MSMCBJ na fase de inserção no campo da pesquisa.

Segundo Gatti (2005), um grupo focal consiste em um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir sobre um determinado tema a partir de sua experiência pessoal e tem como objetivo apreender a partir das trocas entre os participantes, concepções, sentimentos, atitudes, experiências e crenças. De acordo com Bauer e Gaskell (2005), o grupo deve ser estimulado a falar e reagir ao que as outras pessoas dizem no grupo, confrontar pontos de vista diferentes, além de comentar sobre perspectivas e experiências do outro participante. Gatti (2005) refere que o tempo de realização do grupo pode ser de 90 minutos, não devendo ultrapassar 180 minutos.

O número de participantes deve ser entre seis e doze pessoas, devendo ser utilizado um roteiro para facilitar as discussões. É importante que o coordenador do grupo focal possa facilitar as discussões, criando um ambiente acolhedor e permissivo para o debate sobre o tema. Faz-se indispensável que o coordenador seja capaz de garantir que todos possam expor suas ideias, impedir a dispersão e buscar não fazer sínteses; se posicionar ou propor ideias a partir das falas dos participantes.

De acordo com Bauer e Gaskell (2002), o grupo focal é caracterizado como um debate aberto com o objetivo estimular os participantes a falar e a reagir ao que as outras pessoas dizem no grupo, comentando suas experiências e a do outro. Para Minayo (2006), o grupo focal deve ser orientado por um roteiro (Apêndice B) que iniciará com perguntas mais gerais, que possam deixar as pessoas mais á vontade, para depois aprofundar em questões mais específicas. De acordo com a autora, o coordenador do grupo deve ser capaz de facilitar a participação de todos os participantes, auxiliando na expressão do ponto de vista de todos e de cada um. Nesta investigação haverá a presença de um relator para que o

coordenador fique mais livre para facilitar o grupo. Os discursos foram gravados, com a concordância dos participantes.

Para o cumprimento do segundo objetivo “Analisar os sentidos das práticas de cuidado que utilizam arte, atribuídos por pessoas com transtorno mental” foi realizado um grupo focal com oito pessoas com transtorno mental e mais uma acompanhante de um usuário, em 16 de setembro de 2010, e facilitado pela pesquisadora e uma estudante de Psicologia. De acordo com o roteiro pré-elaborado (Apêndice B), iniciou-se uma conversa com o grupo sobre o como foi o princípio do cuidado deles em relação à sua saúde mental e sua entrada no MSMCBJ e depois sobre os sentidos de arte no cuidado em saúde mental. Combinamos que o grupo focal duraria uma hora e meia. Depois de exposta a garantia de sigilo, ratificando o Termo de Livre Consentimento em Pesquisa (Apêndice E), assinado por eles, demos início às falas no grupo focal onde os participantes fizeram relatos muito extensos. Ao final de quase duas horas, apenas havia sido contemplado metade do roteiro do grupo focal, sem que o grupo adentrasse na temática dos sentidos de arte. Destarte, os usuários presentes acordaram com a pesquisadora uma nova data, 7 de outubro de 2010, para a realização de outro encontro para que fosse contemplado o restante dos temas que ainda deveriam ser tratados.

Todos concordaram em participar do próximo encontro, exceto uma participante. A pesquisadora conversou com esta participante sobre o motivo de sua desistência e esta afirmou que não se sentiu bem ouvindo o relato dos outros usuários. Esta pediu, também, que sua fala não fizesse parte da pesquisa. Segundo a mesma, ela lançaria um livro autobiográfico e o relato da pesquisa poderia atrapalhar sua publicação. Ela afirmou que ela havia pensado nisso no decorrer deste encontro e decidiu pela desistência ao final. Os outros participantes colocaram em um papel o nome que gostariam de ser referidos quando na fase de construção do trabalho de pesquisa suas falas fossem expostas.

No segundo encontro, a pesquisadora facilitou o grupo sozinha, com um roteiro re-elaborado (Apêndice C), onde utilizou um trabalho com música para relaxamento e um roteiro específico para tratar dos sentidos de arte (Apêndice D); apenas cinco pessoas, além da acompanhante de um dos participantes, compareceram. As outras duas pessoas ligaram posteriormente justificando a ausência. O encontro teve início com um trabalho de relaxamento para que os sujeitos da pesquisa se concentrassem o máximo possível na atividade. Nesta atividade, foram utilizados recursos de arte no intuito de facilitar a reflexão destes sobre o sentido que a arte tem para os mesmos. Posteriormente, os sujeitos foram

convidados à fala no contexto do grupo focal. Empregou-se como embasamento teórico para a realização de uma oficina antes do grupo focal as ideias de Paz (1998), Ostrower (2007) e Valadares (2004) que coadunam com a perspectiva de que a arte auxilia a organizar e mobilizar o pensamento e as emoções. Deste modo, a realização da oficina antes do grupo focal ajudou os participantes a falarem sobre arte dentro do seu próprio campo. Neste encontro, com duração de uma hora e trinta minutos, a pesquisadora procurou fornecer o máximo de variedades de recursos possíveis para facilitar a identificação dos participantes com algum material de arte. Foram utilizados: massa de modelar, tinta guache, cola colorida, canetas de ponta porosa, lápis de cor, tesoura, cola, giz de cera, papel para desenho e papel para dobradura. Depois da aplicação do relaxamento, utilizando uma música, os participantes foram convidados a escolher o material com que mais se identificavam para realizar uma obra que lhes ajudasse a explicar qual o sentido de arte para os mesmos. Foram utilizadas consignas para o relaxamento antes do grupo focal (Apêndice D).

Os relatos gerados pelos participantes trouxeram temáticas relacionadas à liberdade de expressão, autonomia, valorização de si mesmo, bem estar, além de poder se comunicar, se transformar e se desenvolver. Alguns participantes fizeram um desenho, mas não o utilizaram para falar sobre o seu sentido de arte, outros utilizaram o desenho como ferramenta fundamental para explicar o sentido que dão a arte. Os desenhos elaborados fora: uma árvore, desenhada por Meuri; uma árvore e um céu ensolarado, desenhados por Roberto; uma boca e uma casa vermelha, elaborados por Maria; um garoto jogando bola, feito por Beto; um pássaro, uma borboleta e uma pessoa feitos em massinha e dobradura, elaborados por Esmeralda. As fotos com as obras e as análises estarão no Capítulo 4.

2.5 Interpretação do material

Neste capítulo abordaremos o método utilizado para a compreensão do material adquirido através do grupo focal, o qual será transcrito e submetido à análise temática de conteúdo. A contribuição da Análise de Conteúdo, segundo Minayo (2006), se refere à possibilidade de verificação de hipóteses, compreender o que está atrás do conteúdo manifesto, “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica ante a comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou resultados de observação” (MINAYO, 2006, p. 308). Nesta investigação, acreditamos que a Análise de Conteúdo poderá contribuir para com a compreensão dos sentidos em arte, posto que, segundo Minayo (2006), ela se propõe a relacionar conteúdos

significativos das falas dos sujeitos e as variáveis psicossociais em que foram produzidos. A seguir, apresentaremos o método de tratamento de dados adotado por esta investigação.

2.5.1 Análise de conteúdo como recurso para compreensão dos sentidos

Nesta investigação adotaremos como técnica de tratamento de dados a análise de conteúdo. A análise de conteúdo configura-se não somente como uma forma de tratar os dados, mas também, como um conceito construído com implicações teórico-metodológicas. Minayo (2006) trabalhou o método de Análise Conteúdo desenvolvido por Bardin para utilização em pesquisas qualitativas com fundamento no materialismo-histórico. Segundo a autora, Bardin refere que a análise de conteúdo seria

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42 apud MINAYO, 2006, p.303).

A Análise Temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que constituem uma comunicação. Para a análise dos significados, a presença de determinados temas nas falas dos sujeitos apontam para estruturas de relevância que devem ser levadas em consideração na análise, tais como valores e modelos de comportamento. Dentro desta forma de análise o tema seria uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ele pode ser representado por uma palavra, uma frase ou um trecho da fala do indivíduo.

De acordo com Bardin (1979, p. 105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”. Segundo Minayo (2006), a Análise Temática constitui um conjunto de etapas que se iniciam com a pré-análise. Neste período, ocorre a escolha dos documentos que serão analisados. O pesquisador retoma as hipóteses e objetivos da pesquisa e os reformula a partir do material que foi coletado. O pesquisador pode proceder com a leitura flutuante, tomando um contato exaustivo com o material considerando as hipóteses iniciais e emergentes e as teorias relacionadas. Em seguida, o pesquisador deverá partir para a constituição do *corpus*. De acordo com Aguiar e Ozella (2006), a leitura flutuante permite o destaque de pré-indicadores para a construção de núcleos de significação futuros. Da transcrição emergirão temas diversos que, de acordo com a “importância enfatizada pela

fala dos informantes, pela carga emocional presente” (p. 230), demonstrarão sua importância para a compreensão do objetivo da investigação.

Minayo (2006) define esta etapa como uma organização do material coletado para validação dos dados a partir dos seguintes itens: Exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); Representatividade (que contempla a representação do universo pretendido); Homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); Pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).

A etapa posterior a pré-análise trata da exploração do material, onde se realiza a transformação dos dados brutos com o objetivo de alcançar o núcleo de compreensão do texto. Segundo Aguiar e Ozella (2006), uma segunda leitura sobre o texto permitirá aglutinar os pré-indicadores pela similaridade dos temas abordados. A partir de então, estão formados os indicadores que podem surgir a partir de temas como: sentimentos que surgem na utilização da arte, os espaços de convivência das oficinas de arte, a experiência com o transtorno mental, dentre outros. De posse destes indicadores e seus conteúdos, retorna-se ao material das entrevistas e inicia-se uma primeira seleção dos trechos que ilustram os indicadores e os núcleos de significação são nomeados de acordo com uma fala do informante que reflita o conteúdo daquele núcleo. Os núcleos de significação são resultado da articulação de conteúdos semelhantes, complementares e contraditórios contidos na transcrição.

Nesse processo [...] é possível verificar as transformações e contradições que ocorrem no processo de construção dos sentidos e dos significados, o que possibilitará uma análise mais consistente que nos permita ir além do aparente e considerar tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 231).

Em seguida, inicia-se a análise dos núcleos. Nesta etapa, é realizada uma articulação entre os núcleos onde se revela contradições e semelhanças entre os mesmos. Outrossim, neste processo é realizada uma articulação da fala do sujeito com as bases teóricas escolhidas nesta investigação e o contexto da experiência do sujeito com transtorno mental, de modo a permitir a compreensão deste em sua totalidade. Especificamente para a compreensão dos sentidos, faz-se necessário agregar à análise dos dados a apreensão das necessidades e motivações dos sujeitos identificadas a partir dos indicadores, “são elas que, na sua dinamicidade emocional, mobilizam os processos de construção de sentido e, é claro, as atividades do sujeito” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 232).

Meu processo de análise foi um pouco difícil pois teria que aproximar as temáticas utilizadas na saúde com a teoria histórico-cultural, trabalho que não costuma ser visto em bibliotecas e pesquisas em sites de trabalhos científicos na internet. Por outro lado a arte pareceu se encaixar com certa facilidade em ambas as temáticas. Outrossim, realizar dois grupos focais acabou sendo uma surpresa para a pesquisadora que esperava realizar apenas um grupo focal. No entanto, os participantes expressaram muita necessidade para falar de cuidado e saúde mental, o que tomou todo o tempo do primeiro encontro e mudou os planos da pesquisa para a realização de dois encontros. No segundo encontro, tendo percebido a agitação com que chegaram no primeiro encontro, a pesquisadora resolveu fazer uma sessão de relaxamento com palavras geradoras (Apêndice C) para facilitar a concentração dos usuários. A utilização de materiais de arte facilitou com que eles mobilizassem pensamentos e sentimentos para a expressão dos sentidos de arte (OSTROWER, 2007).

Para a análise das falas utilizei códigos para a localização das falas nos grupos focais, como por exemplo, GF1, L522-527, P.15, para designar que a fala localiza-se no encontro do Grupo Focal 1, da linha 522 a 527, e na página 15 da folha de transcrição.

2.6 Compromisso Ético e Social da Pesquisa

O projeto de pesquisa desta investigação foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (Anexo A), tendo obedecido aos parâmetros que regem a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes incluídos na pesquisa estavam de acordo com os objetivos desta e assinaram o Termo de Consentimento (Apêndice E).

Outrossim, esta pesquisa compromete-se a apresentar as informações e reflexões desenvolvidas através desta investigação para o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim e para o CAPS do Bom Jardim em atendimento a Resolução 196/CNS, para que o trabalho desenvolvido seja utilizado em benefício dos participantes, do MSMCBJ e da Coletividade. Depois de concluída, esta pesquisa constará como acervo da Biblioteca do Centro de Humanidades da Universidade Federal do Ceará (UFC), no site do Mestrado em Psicologia da referida universidade, como, também, será fundamento para elaboração de artigos científicos, além de apresentações em congressos e eventos científicos.

3 DO CUIDADO QUE TUTELA A DESCONSTRUÇÃO DO MANICÔMIO: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Este trabalho visa à compreensão dos sentidos de arte construídos por pessoas com transtorno mental que participam de atividades que utilizam a arte como recurso de cuidado em saúde mental no MSMCBJ. Dessa forma, e embora o objetivo desta investigação não consista em fazer uma revisão histórica da implementação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, faz-se necessário comentar brevemente o tema para que seja possível uma ampla compreensão sobre a forma de cuidado em saúde que estamos abordando e sua relação com a utilização de atividades de arte.

3.1 A produção da doença mental e o dispositivo psiquiátrico

Quando tratamos do conceito de loucura, precisamos ter em mente que esta denominação se refere a uma construção histórica a qual nem sempre foi vista como uma patologia vinculada a um tratamento médico psiquiátrico. Diversos autores se dedicaram ao estudo do modelo psiquiátrico clássico, dentre os quais, Michel Foucault, o qual divulgava através de seus escritos a construção de intervenções sobre os sujeitos ditos alienados para dar conta de um saber da constituição de um saber médico característico da modernidade. De acordo com Foucault (1975), no século XIX a psiquiatria se fortalece sob o paradigma de transformar a loucura em doença mental. As noções de doenças mentais vão sendo forjadas por especialistas que encontram na anatomia bases sólidas para sua identificação. Dessa forma, o que, na Idade Média, a igreja católica definiria como perversões sobrenaturais, no século XIX, a ciência e a categoria médica, fundamentados no positivismo, denomina de doença mental. Antes do século XIX, a loucura era vivida de uma forma bastante diversificada, variando de acordo com os lugares e as épocas.

Segundo Torre (2004), na Idade Média o louco era um sujeito ignorado, considerado subjugado por uma manifestação sobrenatural que, de acordo com a igreja, teria tomado conta de seu corpo. Outrossim, Foucault (1975) pontua que nesta época, agregado a perspectiva sobrenatural, havia espaços em que a loucura era vinculada a característica de exuberância e beleza. O autor faz referência a relatos sobre realização de festas populares que tinham como objetivo a celebração da loucura. Nestas festas eram realizados espetáculos com encenações de demência e extravagâncias, com representações de falsos desfechos, para

sugerir uma compreensão equivocada da realidade. Tais eventos serviam de diversão à população de parte da Europa.

Ainda na Idade Média, surgiram os primeiros asilos para loucos na Espanha e Itália. Apesar disto, de acordo com Foucault (1975), a loucura é vivida na maioria dos casos de forma livre, longe de instituições asilares. A partir do século XVII, a experiência da loucura começa a sofrer uma brusca mudança com a criação de instituições que eram destinados a todas as pessoas consideradas diferentes, que não compartilhavam do modo considerado “normal” de se viver em sociedade. Nestas instituições eram abrigados loucos, pobres, velhos e portadores de doenças venéreas, “todos aqueles que, em relação à ordem da razão, da moral e da sociedade, dão mostras de alteração” (FOUCAULT, 1975, p.78). Estas instituições não possuíam vocação médica, ou seja, não tinham como objetivo o tratamento das pessoas, mas apenas o afastamento dos indivíduos que não deveriam fazer parte da sociedade. Durante esta época, o hospício caracterizava-se como um abrigo, uma instituição de enclausuramento sem o intuito de patologização do sujeito, mas apenas de persegui-lo e excluí-lo da convivência social. Segundo Amarante (1994), a partir da segunda metade do século XVIII, a “razão”⁹ vai ocupando campo de valor e a loucura, ou desrazão, vai perdendo mais espaço de convivência integrada na sociedade para ser aprisionada, isolada e submetida ao tratamento moral nas instituições psiquiátricas.

A posse da loucura como objeto da medicina mental é abordado por Amarante (1994) como a constituição de um campo teórico/prático onde o louco é encerrado em um lugar de morte e exclusão. Se na Idade Média, o louco era objeto de proteção e guarda e usufruía determinada liberdade, na modernidade o tratamento da loucura recebe um matiz positivista, sendo-lhe atribuída a noção de periculosidade. O cuidado é, neste caso, baseado na tutela e traz o hospital como uma instituição que ocupa um papel de ordem social destinado a assistência e afastamento do louco do ambiente social em que vivia. Segundo Castel (1978), o louco é, nesta ocasião, pelo motivo de ser definido como um sujeito desprovido do atributo da razão representa risco e perigo para outros sujeitos. Nesta perspectiva, a função da psiquiatria é de propiciar punição e tratamento para estes sujeitos. Esta trajetória de construção de modos sociais de relação com a loucura implementou como objeto fundante da prática psiquiátrica a instituição da doença mental.

⁹ Característica psíquica humana valorizada pela corrente Positivista e que iniciou sua influencia nos modos de vida social a partir de meados do século XVII, tendo como auge a Modernidade.

De acordo com Amarante (1994) e Castel (1978), nesse contexto surge a figura do médico clínico trazida por Pinel, o qual postula o isolamento como elemento fundamental para a observação dos sintomas e sua classificação dos alienistas. Dessa forma, a loucura torna-se objeto da racionalidade de uma medicina voltada para a classificação nosográfica das manifestações dos sujeitos. O louco torna-se um doente que, segundo Castel (1978, p.83), “desfilam sintomas que só resta observar”. Nesta perspectiva, o olhar científico dirigido à loucura constitui o que seria identificado como doença mental. A psiquiatria encarregada de lidar com a loucura têm na medicalização e terapeutização uma marca histórica da constituição de sua prática. Outrossim, o cuidado desses sujeitos não possibilitou a construção de espaços de liberdade, mas, de acordo com Amarante (1994), aprisionou os sujeitos na instituição da doença mental. A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria assume lugar de ordenação dos sujeitos e, sob orientação das ciências naturais eminentemente positivistas, torna-se modelo de conhecimento para o cuidado de transtornos mentais. Tais dados revelam as formas violentas com que a sociedade e o cuidado em saúde mental abordavam o que era designado indivíduo alienado, o louco. Neste momento, este louco passa de sujeito em situação de sofrimento para ser objeto de contenção social e estudo das ciências. Sua subjetividade é negada como, também, sua liberdade.

Na perspectiva de Torre (2004), o paradigma psiquiátrico cria a doença mental e funda uma nova relação com a loucura. Ele molda um conjunto de anomalias que explicam cientificamente as condutas individuais das pessoas com transtorno mental. Nesse contexto, o comportamento dos loucos é apenas produto do distúrbio que carregam. A implantação dos desvios psicopatológicos torna-se instrumento através do qual as relações de poder se multiplicam e penetram nas condutas. Através deste paradigma, define-se um modo saudável de existência onde os modos diferentes precisam ser “curados” para viver em sociedade. Amarante (1994) refere que é importante constatar que: o modelo clássico da psiquiatria foi difundido de tal maneira que, atualmente, ainda gera bastante influência na prática psiquiátrica e que sua validação como modelo de cuidado está muito mais na eficácia dos efeitos de exclusão em que opera do que na pretensão de atualizar-se e desenvolver-se no tratamento de enfermidades mentais. Foucault (1975) confirma a prática de exclusão exercida pela psiquiatria clássica e destaca a violência com que é submetida à loucura. A subjetividade constituída pela loucura é agredida e oprimida para assumir um lugar de inferioridade e incapacidade no meio social. A cura para a loucura seria negar sua subjetividade, suas formas de expressão e ser tolhida em suas escolhas e atitudes.

O louco é submetido [...] a um controle social e moral ininterrupto; a cura significará reinculcar-lhe os sentimentos de dependência, humildade, culpa [...] Utilizar-se-ão para consegui-lo meios tais como as ameaças, castigos, privações alimentares [...] tudo o que poderá ao mesmo tempo infantilizar e culpabilizar o louco [...] Pinel, em Becêtre, utiliza técnicas semelhantes depois de ter “libertado os acorrentados” [...] Certamente, ele fez ruir as ligações materiais (não todas, entretanto), que reprimiam fisicamente os doentes. Mas reconstituiu em torno deles todo um encadeamento moral, que transforma o asilo numa espécie de instância perpétua de julgamento: o louco tinha que ser vigiado em seus gestos, rebaixado em suas pretensões, contradito em seus delírios, ridicularizado em seus erros [...] E isto sob a direção do médico que está encarregado mais de um controle ético que de uma intervenção terapêutica (FOUCAULT, 1975, p. 82).

Roberto refere na sua experiência de sofrimento psíquico de exclusão, ainda que atualmente as práticas pinelianas tenham sido formalmente abolidas e criticadas no Brasil, em especial, através da Lei nº 8.080. No convívio social, Roberto não foi poupado do aprisionamento através do estigma da loucura, opressão sofrida pelos sujeitos que viviam atrás dos muros das instituições psiquiátricas do século XVIII.

Sicília: Como é que você sente, o que você sentia antes e como você se sente atualmente... aqui no movimento?

Roberto: Melhorou um pouco a auto-estima, porque antes eu pensava que eu era um indigente no mundo.

Érida: Ah, eu sei. Você sentia... uma pessoa que ninguém gosta, que ninguém tá nem aí.

Roberto: É... É, uma coisa assim, exatamente, é (L552-527, P.15).

O “indigente no mundo” e “uma pessoa que ninguém tá nem aí” são expressões que indicam uma situação de opressão, de subjetividade negada e de sofrimento psicossocial. Ser indigente, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2012) significa alguém pobre, sem recursos para o provimento de si mesmo, ou seja, um sujeito alijado de autonomia e, em parte, pobre, pois outros estão em uma situação mais privilegiada, superior. Dito de outro modo, um sujeito cujo sentimento é de rebaixamento pela sociedade. Compreende-se que Roberto utilizando a palavra “indigente” estava afirmando o sentimento de ser negado como sujeito pelo contexto social em que se via obrigado a lidar com seu transtorno mental, o que foi confirmado pela fala de Érida, conforme a citação acima. Se o transtorno mental vivido por Roberto já teria seus sintomas descritos pelo Código Internacional de Doenças, o sentimento de “indigente” parecia estar mais próximo de um sintoma de uma sociedade violadora de sujeitos em sofrimento psíquico, agravando-lhes tal sofrimento com uma situação de opressão social. De acordo com Sawaia (2006), promover a saúde implica em condenar qualquer forma de conduta que violenta o corpo e a razão humana, gerando servidão, e coloca no centro da

questão a reflexão sobre a temática da humanização, como maneira que o sujeito relaciona-se consigo mesmo e com o mundo social a que pertence. O sofrimento psicossocial gerado por questões de estigmatização corrói o sistema de resistência social, gera desesperança, dificuldade afetiva, alienação, conduta de servidão ou violência e adoecimento. Segundo Sawaia (2006, p. 50) o sofrimento psicossocial

age rompendo onexo entre o agir, o pensar e o sentir. O processo que usa é a supressão da emoção por senti-la suspeita e não por saber transformá-la em pensamento e ação[...]. As condições favorecedoras de sua disseminação são a miséria, a heteronomia e o medo. Sua forma de contágio é o isolamento social.

Conduta confirmada por Roberto e Érida em termos de isolamento social. Roberto por afirmar ter baixa auto-estima, diz preferir não sair muito. Enquanto que Érida não se relaciona com a vizinhança por supor que o assunto que discutem não lhe interessa. Roberto refere primeiramente não aceitar-se em certos aspectos e depois apresenta uma rotina de pouca socialização.

Roberto: Eu comecei a tomar remédio mesmo foi em 2005, né. Tenho é... uma auto estima não minha. Também o médico que me consultou foi... aí ele falou o seguinte, que eu tinha a mesma doença que o Roberto Carlos, né? Que é...

Érida: TOC?

Roberto: TOC. Isso. Isso é uma mania. Aí eu tenho um preconceito com mim mesmo, por exemplo... a parte que eu mais me impressiono, eu não gosto do meu corpo... é o meu nariz. Eu não gosto do meu nariz.

Érida: Valha. Ô meu Deus, é tão bonito.

Salvanira: É lindo. Ai...

Fala de participante que desistiu da pesquisa

Érida: O meu na... Roberto, meu nariz era assim (GF1, L.485-497, P.14-15)

Sicília: Aí você tá na biodança, né?

Roberto: Exatamente. Biodança e percussão. E tá sendo bom pra mim, to podendo me desestressar mais. Às vezes o trabalho eu faço em casa, eu trabalho em casa na bombonière.

Sicília: Ah, é?

Roberto: É eu trabalho o dia todo (risos). Assim de sete até duas. Fecho pro almoço. Às vezes dezoito da noite eu volto pra lá sozinho aí vou até sete da noite. É isso. É de domingo a domingo. Todo dia preciso tá lá agora. (GF1, L.552-559, P.16).

Érida, por sua vez, refere pouca socialização no meio social em que vive.

Érida: tem dia que eu amanheço o dia, ó. Se eu pudesse eu num saía nem de dentro de casa.

Sicília: Por quê?

Érida: Não tenho vontade. A Sofia: “Mãe, porque que”... Eu não gosto de tá na calçada, não gosto de ficar na caçada conversando com nin... Eu não gosto. Eu prefiro tá lá dentro da minha casa assistindo televisão, do que tá lá na calçada. Porque se eu for pra calçada alguém vai falar de alguém, eu vou falar... Aí eu to lá dentro do meu quarto assistindo televisão onde eu não vou falar com ninguém. Eu vou assistir televisão, vou ter mais conhecimento. E na calçada eu vou falar da vida alheia. Então eu prefiro ficar dentro de casa. (GF1, L333-342, P.10).

Se o sofrimento psicossocial é gerado através de práticas de negação da subjetividade, da individualidade, motivando a dependência e o isolamento, reforçando a autonomia dos sujeitos, o dispositivo psiquiátrico parece se tornar uma nova forma de aprisionamento. Se os sujeitos com transtorno mental saíram dos muros das instituições, tais muros parecem ter sido inseridos na subjetividade destes sujeitos, tornando-os “prisioneiros livres”. Não é preciso isolá-los, ridicularizá-los ou mantê-los na norma constantemente: o imaginário social em que foram forjadas suas subjetividades já embute tais estigmas. Somente participando de um contexto social semeador de uma postura crítica diante da realidade, como afirma Paulo Freire (1987), há possibilidade de transformação dos atos de opressão, através de espaços de diálogo humano e amoroso que insubordinem práticas libertadoras.

Portanto, de acordo com Torre (2004), o dispositivo psiquiátrico constitui um aparelho histórico e político referente à produção da loucura em doença mental e possui um efeito global que institui uma relação específica com a loucura. Ele abrange formas de tratamento e diagnóstico, atende a objetivos próprios, penetra nos corpos e nas mentes dos sujeitos atuando no controle do comportamento destes. A função desse dispositivo é o de constituir uma política de ativação do aparato técnico que leva a criação da normalidade e da alienação. Se for possível afirmar que sua constituição possui alicerces histórico-sociais e políticos, pode-se, também, pensar que as intervenções mais eficazes para a mudança de paradigma diante da loucura não poderiam se restringir às instituições psiquiátricas, mas às formas políticas e histórico-culturais, de uma forma mais ampla, na sociedade. As formas de violência contra pessoas com transtorno mental apontadas pelos referidos autores são cultivadas no cotidiano da tessitura das relações sociais e dos significados circundantes a estes.

As práticas que fundamentam o dispositivo da psiquiatria tradicional ainda circulam como meio de cuidado em saúde mental. As falas dos participantes relatam a experiência em instituições onde as formas de cuidado têm na medicação ponto central no tratamento,

alimentando a perspectiva de doença mental como produto de um distúrbio da “máquina” do corpo. Salvanira compara a abordagem utilizada em hospitais que procurou para seu tratamento e o MSMCBJ:

Que no hospital mental não era não era não era como aqui. Bezerra de Menezes não era como aqui. Chegava lá eles aplicava a injeção, quando eu tornava mandava eu vim mim bora. Que eu não queria ficar internada, viu? São Vicente de Paulo do mesmo jeito (GF1, 424-427, P.12).

Cassiani (2005) refere que os medicamentos ocupam lugar dominante no sistema de saúde e no tratamento de doenças. De acordo com Fernandes (1988), 88% dos pacientes que procuram o serviço profissional médico em Fortaleza recebem prescrição medicamentosa. Por outro lado, esta prática aparentemente não encontra fundamento apenas nas formas de cuidado impostas pelas instituições de saúde.

Cassiani (2005) refere que a administração de medicamentos é algo complexo que necessita de uma série de decisões e ações inter-relacionadas que envolvem profissionais de várias disciplinas bem como o próprio paciente [...] Os profissionais envolvidos são: o médico, farmacêutico, auxiliar do farmacêutico, enfermeiro e o auxiliar do enfermeiro (CASSIANI, 2005, p.96).

Há nessa perspectiva uma centralização no poder médico e no tratamento do corpo como única fonte de adoecimento e possibilidade de cura, tanto no ponto de vista de alguns profissionais como no de alguns usuários. Essa abordagem no cuidado em saúde mental ajuda a alimentar a medicalização como única forma eficaz de tratamento, negligenciando outras formas de cuidado fundamentadas na ideia de constituição dos sujeitos como seres bio-psico-sociais, e que, por este motivo, pedem a atuação de outros campos de saberes. Martins (2008) fala que os discursos e práticas da psiquiatria biológica demonstram uma estratégia de biopolítica e gestão do corpo, onde a medicalização assume uma forma de poder. A psiquiatria biológica nasce nos anos 70 e consiste em descobrir o correlato biológico das desordens psiquiátricas. Coerente com a psiquiatria biológica, nos anos 80, nasce o DSM III (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) o qual propõe uma nomenclatura única para os transtornos mentais, como um manual descritivo de posição atórica. Neste documento, segundo Martins (2005, p.332), “há um movimento de distanciamento da compreensão psicológica e psicossocial das perturbações mentais e resultou numa posição fisicalista da perturbação mental onde o diálogo com paciente tem pouca importância, apenas a observação biológica de seu estado”.

Esta vertente tornou-se paulatinamente a ascensão da psiquiatria biológica como ciência dominante nas práticas e construções teóricas em saúde mental. Tais acontecimentos justificam as práticas culturais de tornar o paciente em objeto de estudo e de uso de medicação como intervenção aconselhada, em detrimento da constituição da relação terapêutica como espaço fértil para o diálogo com o usuário (DIMENSTEIN, 2006; ROLNIK, 1989, MACHADO; LAVRADOR, 2001) e apontando um desejo de manutenção do *status quo* de profissionais de saúde.

De acordo com Rolnik (1989), o desafio de mudar as formas de relação pautadas na institucionalização tem como base a busca por lidar com operações estratégicas do desejo, referidas por Machado e Lavrador (2001) e ratificadas por Dimenstein (2006). Esse pensamento defende a ideia de concretização dos chamados desejos de manicômio, os quais impelem os sujeitos aos desejos de dominar e subjugar outros e a manutenção ou criação de uma hierarquia entre os sujeitos. Para Dimenstein (2006), tais desejos de manicômio são forças invisíveis que ajudam a conservar redes de subjetivação moral que paralisam e minam as forças de vida.

Somos capturados constantemente pela tentação do conforto das formas e dos equilíbrios; indicam também que empreendemos, a todo o momento, processos de institucionalização da vida e que ajudamos a modular os sistemas de saberes-poderes que nos atravessam e a conservar as redes invisíveis de subjetivação moral, que sabotam as forças vivas da vida, a potência do novo, do desconhecido, do inusitado, da diferença. (DIMENSTEIN, 2006).

Nesse aspecto, podemos considerar as palavras de Foucault (1999, p. 96) ao refletir sobre uma forma de cuidado como medicalização da vida, alijando os sujeitos a respeito do “direito sobre seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”. Enquanto alguns participantes da pesquisa denotam a importância da medicação para seu bem estar, Érida insiste em renegar a medicação como tratamento e configura outras possibilidades de vida onde percebe maior bem estar:

Érida: Mas eu não eu queria, eu queria não, eu quero arrumar um trabalho pra mim. Que se eu arranjar um trabalho pra mim eu vou ocupar minha mente. E será que se eu chegar tão cansada em casa, será que vai ser preciso eu tomar remédio?

Fala de participante que desistiu da pesquisa

Érida: pois eu queria arranjar, queria, não. Eu não queria, eu quero. Eu voltei a estudar. Vou fazer a última prova é hoje.

Fala de participante que desistiu da pesquisa

Érida: Não, o INSS não me aposentou. Vou fazer minha última prova hoje. Se Deus quiser, vou terminar hoje.

Esmeralda: Coisa boa.

Érida: Se Deus quiser vou terminar minha prova hoje[...].

Salvanira: Que a pessoa se avicia, né? E eu comecei a fazer o tratamento com... em 1970. (GF1, L395-417, P.12).

E finaliza:

Érida: E só pra concluir a minha... que eu acho assim, o meu problema é tristeza. E não existe nenhum remédio pra tristeza. Não existe.

(Fala de participante que desistiu da pesquisa)

Érida: Eu tomo remédio antidepressivo. Eu tomo remédio pra dormir. Não remédio pra tristeza na alma, pro coração num tem, não. (GF1, L.469-474, P.14).

Tal perspectiva de cessar a medicação de Érida vai ao encontro com o relato de Roberto que refere incomodo em relação a medicação, associando o sentir-se bem ao fato de estarem saudáveis o suficiente para não tomar medicação. Enquanto que para Érida seu “problema” não é de saúde, mas de tristeza, e, sendo assim, não necessita de medicação, para Roberto o fato de sentir-se bem acusa saúde e, portanto, não necessita de medicação. Em ambos os casos, existe a ideia de que o tratamento de uma saúde fragilizada deve ter intervenção de fármacos.

Roberto: Mas... é, por causa de auto estima mesmo. É mais isso. Aí eu... tive duas depressões, uma em 2001 e outra em 2007, em 2008. Eu já estive aqui no CAPS em 2007. Naquele outro CAPS em Maracanaú eles falaram que é melhor pra minha mãe, porque mora aqui no bairro, aí eu consegui em fevereiro de 2007. Aí eu to aqui até hoje. Aí eu decidi em 2007... quer saber de uma coisa. Eu vou parar de tomar remédio, aí tive outra depressão em 2008.

Sicília: Por tua conta que tu tirou o medicamento?

Roberto: É, porque eu pensava que ficava dependente né?

Sicília: E você tava se sentindo bem...

Roberto: Eu tava me sentindo bem... e do nada... e num...teve muitas coisas num... primeiro de julho, até marquei esse dia, dia de 2008 teve uma depressão [...] a coitada da minha mãe coitada foi atrás... foi parar no hospital de Messejana, no mental. Aí foi lá que eu conheci o Antônio e o doutor Francisco. Aí eu vim parar... aí eu voltei pra cá de novo. Eles me encaminharam pra cá de novo. Já tinha entrado em 2007 e em 2008 eu comecei. Aí ele fazia eu voltar até assim... ansioso, excitado, não conseguia dormir. Nesse horário aqui de tarde, em 2008, na época eu não conseguia dormir. Eu tava, sabe, agitado (GF1, L.499-517, P.15).

Dessa forma, podemos entender que o dispositivo psiquiátrico clássico definido por Foucault (1979) ainda é uma prática atual, defendida e perpetrada por grupos de médicos

e outros profissionais; está presente no imaginário social onde a luta pela Reforma Psiquiátrica ainda pede uma reforma no pensamento individual dos participantes das instituições de saúde. Vale ressaltar que, apesar de existir a preocupação em não se focar o tratamento na medicação, não podemos negligenciar a medicalização como importante aliado, por vezes indispensável, ao tratamento de pessoas com transtornos mentais. Carvalho (2010) refere em sua pesquisa o relato de usuários de serviços de transtorno mental onde o uso da medicação ajudou a sanar os sintomas do transtorno mental. Neste caso, a ausência da medicação havia desencadeado no cotidiano dos usuários sentimentos de angústia, tristeza e medo. O relato do usuário a seguir veio acompanhado de duas imagens as quais são fotografias retiradas por ele; referia a importância que a medicação teve em sua vida. Segundo Carvalho (2010, p.59-60), Jarbas relata:

Esta foi a dificuldade que eu tive, estas duas (fotos), com os medicamentos, acho como ter que lidar com isso, ter que enfrentar, lidar com o preconceito lá fora. [...] Teve o preconceito, mas também teve a coisa boa que foi a melhora, o resgate da autoestima melhor, da vida.



Foto 1: escolhida por Jarbas para falar da importância da medicação em sua vida.
Fonte: Carvalho (2010, p.60).

Salvanira relata a gravidade dos seus sintomas e como a medicação a ajudou no controle destes:

Salvanira: Salvanira. Fica pra frente do ônibus que é pro ônibus te esmagar, que é pra todo mundo corrê. Pra mim era um prazer, viu? Aquele pessoal correr tudin. “Ó, aí, o carro esmagou a Salvanira”.

Érida: Mas aí a senhora tava morta, né?

Érida e Salvanira: (risos)

Salvanira: Era aquele negócio todo tempo aqui no meu juízo. E sô encapetada, e eu so desse jeito. Se eu não tomar o comprimido eu não durmo. E se eu tomar,

eu durmo bem, relaxo. Nos outro, nos outro dia eu faço as coisas tudo bem. Tudo no lugar...

Érida: Eu não acho, não. Eu queria era trabalhar.

Salvanira: Eu me acho outra pessoa, ouviu? Eu não dormia, não tinha ação pra fazer nada. Só com a dor nas minhas pernas, que eu não dormia. Eu queria tá lá no maior sono do mundo. Cinco pras quatro hora eu sentia minha cabeça grogue, num saía mais, não, viu? Encasquetava, viu? Era desse jeito (GF1, L.349-365, P.10-11).

Barrio et al. (2008) afirma que a farmacologia pode ser um importante aliado no processo de desinstitucionalização, apontando que evitam métodos mais invasivos, os quais ora proporcionam um sentimento de vitalidade; ora um sentimento de desamparo afetivo. Por outro lado, a sensação de dependência gerada pelo uso da medicação pode ser o que amedrontam os usuários. Neste contexto, pode-se pensar em um paradoxo na utilização de fármacos: o medo de utilizá-los e construir uma relação de dependência permanente, sendo afetado pelos comprometimentos psíquicos que a medicação ocasiona; o medo de não utilizá-los e sofrer com os sintomas do transtorno mental.

Para Salvanira, a medicação significou a retirada de sintomas que a aborreciam diariamente, deixando-a livre para realizar atividades que lhe davam prazer e lhe permitiam ter um maior convívio com outras pessoas. No MSMCBJ (Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim), ela relata o prazer do convívio com outras pessoas e nas atividades em que está engajada.

Sicília: A senhora quando fala que entrou no CAPS a senhora fala muito de como foi atendida, de como é o atendimento, né? Como é que foi esse atendimento para que a senhora tenha gostado?

Salvanira: Eu gostei, eu gostei porque quando eu me tratava nos outros hospital eu nunca passei pelo que eu passei aqui, né. Só passava medicamentos, viu. E uma vez o... lá o cara, eu discuti até com ele. Que ele veio com ignorância comigo, né, que num teve, não... aí eu disse a ele que..ah, simplesmente que ele era um empregado, ele não era dono do hospital, ele era um empregado, nós era paciente e ele era pra tratar a gente bem[...]Aí passei pela triagem, aí depois passei pela psicóloga, a dotora é... a dotora Ana, marcou minha consulta, fiz massagem, aí marquei doutor Francisco porque ela disse assim, ói, eu vo ter o melhor médico para a D. Salvanira é o doutor Francisco. Que ele é divinamente bem, atende, me ouça, e as... as menina tudim daqui. Este ela... Esmeralda também. Eu gosto demais daqui, foi o canto que eu mais gostei (GF1, L.107-132, P.4).

A possibilidade de convivência e controle dos sintomas através do tratamento psiquiátrico e do uso da medicação possibilitou uma maior inserção de Salvanira em outras atividades do MSMCBJ e, este, por sua vez, possibilitou um convívio diferenciado com outras pessoas, repercutindo positivamente em sua saúde mental. Para Salvanira o uso da medicação

se revelou importante por possibilitar o acesso a outras formas de cuidado. Neste caso, a medicação, a psicoterapia, a massagem e a arte constituem para a usuária uma combinação de cuidados sem a qual ela não demonstraria em sua fala sentir-se bem no tratamento em saúde mental.

Se para Canguilhem (2005, p.42) o conceito de saúde remete à ideia de “higiene, disciplina médica tradicional, doravante recuperada e travestida de uma ambição sócio-político-médica, de regulamentar a vida dos indivíduos”, para a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma visão de saúde onde se leve em consideração a convivência social e de sentimentos de bem estar, como podemos ver quando afirmam que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, p.1). Neste sentido, podemos afirmar que é compatível com o conceito de saúde da OMS, que privilegia a importância da convivência social e momentos de bem-estar relatados na experiência de Salvanira, o respeito ao que gera bem-estar físico e mental do sujeito em sociedade, levando em conta os aspectos culturais diversos de uma sociedade.

Em um vídeo institucional do MSMCBJ disponível no site do Movimento¹⁰, padre Rino relata: “Aqui as pessoas são acolhidas independentemente do tipo de fé, de religião, de visão ideológica, de sexo, de raça, né. Aqui nós tentamos construir um mundo realmente onde as pessoas podem se sentir parte da transformação que isso pode gerar”. Acolhendo as ideias desta proposta para análise, podemos refletir que a possibilidade de acolhimento das pessoas, independente de suas diferenças, gera no MSMCBJ uma sensação de liberdade dos indivíduos afirmarem o que pensam; expressarem-se com menos receio de serem vítimas de preconceito. Além disto, o respeito à diversidade de expressão entre os sujeitos conduz a criação de atividades diversificadas que facilitam a identificação destes com práticas que se aproximam mais com seus interesses individuais, respeitando suas limitações, gostos e promovendo o desenvolvimento de suas potencialidades. Outrossim, exercício de acolhida vivenciado pelos usuários por parte do Movimento pressupõe uma replica de tal acolhida dos usuários entre si, o que justifica a fala de Salvanira, citada anteriormente:

É o doutor Francisco. Que ele é divinamente bem, atende, me ouça, e as... as menina tudim daqui. Este ela... Esmeralda também. Eu gosto demais daqui, foi o canto que eu mais gostei (SALVANIRA, GF1, L.130-132, P.4).

¹⁰ Tal vídeo e outras informações sobre o MSMCBJ podem ser verificados no site: www.msmbcj.com.br

Carvalho (2010) traz um exemplo da forma como é a abordagem do psiquiatra e padre Rino no tratamento medicamentoso, abordar a questão da medicação junto ao usuário, em um processo dialógico, onde o usuário é um participante ativo desta forma de cuidado. Pode-se avaliar que a acolhida utilizada pelo psiquiatra, neste caso, funda uma proposta humanizada e amorosa, ao valorizar a fala do sujeito e através da forma com que se sentia no espaço terapêutico, escutando-lhe e dialogando por um tempo razoável. Do mesmo modo, esta postura é ratificada quando o profissional em questão demonstra se importar com o usuário, como pessoa que está em tratamento. A acolhida deste usuário traz a amorosidade à pauta na reflexão sobre o cuidado em saúde mental no MSMCBJ, pois se, como afirma Paulo Freire (1987, p.17), a libertação dos oprimidos, neste caso, as pessoas com transtorno mental, se dá através do diálogo amoroso. Tal proposta de libertação poderá fazê-los seguir através de “um ato de amor, com o qual se oporão ao desamor contido na violência dos opressores, até mesmo quando esta se revista da falsa generosidade referida” possibilitando um desmonte gradual dos desejos de manicômio que subjagam e desmerecem tais usuários. Dito de outro modo, ao se trabalhar o desenlace das amarras impostas pelos desejos de manicômio os sujeitos com transtorno mental poderão resignificar as formas de relação entre sujeito de profissional de saúde e resistirão a aceitar outra forma de acolhida que não seja embutida de opressão. A fala de Jarbas, trazida pela pesquisa de Carvalho (2010) retrata esta perspectiva:

Nesta sala onde nós estamos [a sala aonde foi feita entrevista era a mesma do atendimento médico], eu quebrei todo aquele paradigma do médico que você chega lá, e não lhe ouve, que só prescreve aqui alguma coisa e lhe manda embora. Esta sala pra mim foi uma coisa nova, pra mim. Eu vinha do SUS, daquele sistema único que você chega e tá lá o médico, ele não olha pra sua cara. Mas aqui, o padre Rino não tá aqui [na foto], mas pra mim foi uma coisa nova, do médico assim, que mandou eu sentar, ficar à vontade, que me ouviu por mais de uma hora. Achei que era uma coisa, eu achava que não era deste planeta aqui (CARVALHO, 2010, p.61).

Diferente da proposta de cuidado identificada no MSMCBJ, as formas de cuidado, semeadas pela psiquiatria clássica, têm resistido através dos anos e dos movimentos sociais contrários, por meio de dispositivos sociais, práticas e significados sobre saúde mental, bem difundidos na sociedade. Diverso da proposta da OMS, o dispositivo psiquiátrico clássico mencionado anteriormente é definido por Foucault (1979) para designar o funcionamento semelhante ao de uma máquina com diversos registros distintos. Estes últimos englobariam discursos, instituições, leis, medidas morais, dentre outros. O dispositivo constitui a rede que configura estes elementos e as relações de poder-saber que tanto se apóiam no Estado como se revelam dispersas na sociedade.

O dispositivo era de natureza essencialmente estratégica, o que supõe que se trata no caso de certa manipulação das relações de força [...] O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles (FOUCAULT, 1979, p.246).

Este modelo clássico da psiquiatria foi difundido de tal maneira que, atualmente, ainda gera bastante influência na prática de profissionais na área de saúde. Dessa forma, quando nos referimos neste trabalho a um modelo de psiquiatria tradicional pineliano, estamos nos referindo também a uma forma de cuidado em saúde voltada eminentemente para a elaboração de diagnóstico e prescrição de medicamento, pouco preocupada com a relação entre o meio social e a saúde mental do indivíduo; uma abordagem preocupada em reprimir os indivíduos que fogem ao padrão de normalidade, desvalorizando a diversidade nas formas de viver, se comunicar e interagir. Nesse contexto, a subjetividade constituída pela loucura é agredida e oprimida para assumir um lugar de inferioridade e incapacidade no meio social. A cura para a loucura seria negar sua subjetividade, suas formas de expressão e ser tolhida em suas escolhas e atitudes. Coerente com esta forma de cuidado, Érida relembra a postura de uma psiquiatra no MSMCBJ diante da participante que passava por um momento de sofrimento psíquico.

Érida: Sim. Eu disse: Manu, dá pra tu trocar a doutora Juliana? “Mulher, tanta gente procurando psiquiatra, tu quer trocar por quê? Porque ela não conversa com a gente, ela num olha nem pra gente?” Ela num olha pra gente, é diferente do doutor... Doutor Célio. Ele brinca, ele conversa com a gente. Ele brinca, ele conversa. E a doutora Juliana era diferente. Ela tá ali com a gente, a gente falando e ela no celular (bateu na palma da mão).

Salvanira: Ave Maria...

Érida: Não existe isso, você conversando com o médico e o médico falando no celular. (GF1, L.292-312, P.9).

Diferente do relato de Érida em relação a uma psiquiatra, o restante dos relatos dos participantes aponta para um atendimento em saúde fundamentado no diálogo, com casos específicos de tratamento inadequado e negligente, e tendo como princípio o respeito ao usuário. Se em parte existem profissionais defensores dos princípios da Lei n° 8.080, referente ao Sistema Único de Saúde, parece haver uma dificuldade dos profissionais por em prática os princípios do SUS: universalidade, equidade e, em especial, integralidade. Outrossim, através dos relatos, encontramos nas práticas de profissionais, coerência com a proposta de desinstitucionalização e outras mais coerentes com práticas pinelianas de tratamento, o que provoca uma heterogeneidade nas formas de cuidado disponíveis para a população.

Foucault (1995) atenta para forças dentro deste cenário que trabalham no assujeitamento dos indivíduos. Para o autor, “Temos que imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos deste ‘duplo constrangimento’ político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder” (FOUCAULT, 1995, p.239). Nesse contexto, a biopolítica aparece como uma forma de dominação da vida.

Este tema do biopoder se coloca como inevitável criando uma dificuldade especial para a clínica, pois, se a política da clínica é uma política da produção da subjetividade, da criação de si, como ainda conceber a sua força de intervenção em um mundo dominado pelo poder que mimetiza a vida? (BARROS; PASSOS, 2001, s/pág.).¹¹

Foucault (*apud* Barros; Passos, 2001) refere à sociedade contemporânea como uma sociedade de regulamentação onde somos enredados e capturados. Tal perspectiva tem como base a discussão da distinção entre os poderes disciplinar e de regulamentação. Nesse contexto, as instituições disciplinares não se caracterizam pela exclusão dos sujeitos, mas por ligá-los a um processo de produção e correção. Tal instituição, por incluir em seus processos, findava por excluir o indivíduo tal como ocorre com os sujeitos com transtorno mental. Estes últimos, por sua vez, submetidos à instituição da psiquiatria tradicional pineliana, transformavam-se em objeto de correção e desrespeito. Nesse contexto, Barros e Passos (2001), fundamentados nas ideias de Foucault, incentivam a oposição ao biopoder através de formas de resistência e criação de formas de vida que a combatam.

O sujeito, em suas dimensões política, estética e ética, caracteriza-se como expressão da potência da vida para resistir às formas de dominação. De nosso ponto de vista sobre a clínica, se o poder toma a vida como objeto de seu exercício, isto é, se ele se faz biopoder, interessa então pensar uma biopolítica, enquanto forma de resistência ao assujeitamento. O que propomos baseados na leitura de Foucault, é uma distinção entre biopoder e biopolítica, que corresponda a esta outra distinção entre assujeitamento e subjetivação definida, aqui, como resistência/criação. Essa resistência se faz biopoliticamente através de práticas de si, de uma estética da existência que investe na capacidade de auto-organização ou de autopoiese da vida. (BARROS; PASSOS, 2001, s/pág).

Destarte, se o biopoder e a biopolítica investem sobre a vida, a criação de novas formas de lidar em sociedade, novas formas de relação e recriação de formas de cuidado em saúde e outros serviços podem criar e fazer circular novos significados sociais que paulatinamente transformem as formas de assujeitamento em relações onde se aprenda a dialogar. Dessa forma, “a biopolítica como livre expressão da autopoietica” (BARROS; PASSOS, 2001, s/ pág.) podem vir ao encontro de propostas de humanização em saúde que,

¹¹ Produção disponível em: <http://www.slab.uff.br/exibetexto2.php> , portanto, não foi possível definir página.

segundo Bermejo (2008) que se fundamentem em formas dignas de relação, ainda que, para que haja dignidade, deva-se resistir e lutar:

Ocorre que humanizar tem a ver com, efetivamente, com lutar por aquilo “que ainda não” alcançamos. Falar de humanização ou de humanizar alguns ambientes ou pessoas desumanizadas pressupõe partir de uma ideia: como deveria viver o ser humano para realizar-se plenamente. (BERMEJO, 2008, p.45).

Meuri relata que sua entrada no MSMCBJ se deu inicialmente com sua inserção em diversas atividades. Ela ocupava seu tempo participando de grupos de costura de retalhos e a participação em um grupo de teatro, dentre outros que iam sendo ofertados. De acordo com a mesma, as oportunidades fornecidas de participação foram amplas, onde ela pode experimentar um cotidiano bem diferente do que vivenciava em sua casa. Sua experiência no grupo de teatro foi relatada com muita ênfase como: um espaço concedido que pode lhe proporcionar orgulho de si mesma.

Sicília: A senhora já foi pra alguma apresentação, uma exposição, um evento de arte?

Meuri: Já fui pro centro de convenção... a minha, a minha primeira passeata foi no centro de convenção, que eu me sentia assim...maravilhosa, orgulhosa no meio dum bocado de gente. Mas só que a peça que fui fazer que era com o padre Rino [...] era todo mundo e eu na hora da apresentação meu braço caiu, é...descolou do lugar, como que eu tivesse fazendo a peça alejada, né. Eu fiquei fazendo a peça como que eu tivesse alejada. E a peça todo mundo ficou maravilhoso, gostou todo mundo. Não deixa que a peça era o quê? A pobre da Maria caiu o braço e ali tava fazendo aquela peça como que eu fosse um... Ai, meu Deus, e o povo tudo passado, depois das coisa, que eu fui falar...o padre Rino até que disse: você é corajosa. Com essa coragem toda, porque você descolou um braço minha fia, é dor. (GF2, L.199-210, P.7).

Nesse contexto, além do tratamento psiquiátrico, Meuri pode experimentar uma vivência de bastante exposição, como acontece no teatro, onde há plateia, com um sentimento de que era capaz de fazê-lo. Quando o experimentou, ela pode transformar uma situação de dor em parte do espetáculo. Ao final da apresentação, sentiu-se valorizada pelo Presidente do MSMCBJ, e seu psiquiatra, com o adjetivo de “corajosa”. É possível visualizar neste relato que o incentivo a participação em diversas atividades, pode levar a auto-descobertas entre os sujeitos com transtorno mental, fazendo-os se depararem com algo além do sofrimento psíquico: uma habilidade que possa lhe causar orgulho. Como pode ser visto na fala de Meuri, tal habilidade, pode ser identificada e estimulada por cuidadores do MSMCBJ, expondo uma característica de encorajamento e confiança nos potenciais dos usuários ao de expor às habilidades e qualidades destes.

É possível visualizar que, no contexto das práticas em saúde mental, o cuidado e o conjunto de normas, leis, aparatos institucionais e formas de relação, tornam-se pontos nodais para se pensar novas formas de cuidado, em especial, condizentes com a Declaração dos Direitos Humanos, na qual foi inspirado o artigo 5º da Constituição Brasileira de 1988. As formas de pensar o desenvolvimento da humanidade em seus amplos aspectos começaram a ser pensadas de forma mais efetiva depois da referida Declaração e com a saída da Ditadura no Brasil. Desta conjuntura, novos caminhos foram pensados para a efetivação de políticas públicas condizentes com a nova Constituição e movimentos sociais formaram a força propulsora para a elaboração e efetivação de novas normas de se viver em sociedade. Dentre elas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tornou-se um dos mais importantes movimentos de participação popular no país na defesa de direitos humanos de pessoas com transtorno mental, que deu impulso para a Reforma Sanitária, e a elaboração da Lei do SUS.

3.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira: outra forma de lidar com a saúde mental

As formas de cuidado desumanas agenciadas pela psiquiatria clássica promoveram no Brasil o envolvimento de profissionais de saúde, pacientes e familiares em movimentos sociais em favor da Reforma Psiquiátrica. Os movimentos sociais no país atrelados ao contexto de redemocratização no Brasil vieram a se tornar de suma importância para as mudanças nas políticas em saúde mental. Segundo Amarante (1995), no Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve como princípio o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em 1978, o qual tinha como objetivo a mudança no modelo tradicional de cuidado, centrado na figura do médico e da doença. Segundo Foucault (1975), a transformação da loucura em doença se deu com o fortalecimento do capitalismo, onde os indivíduos que não fossem capazes de trabalhar e gerar lucro seriam vistos como loucos ou anormais.

Os movimentos sociais no país atrelados ao contexto de redemocratização no Brasil vieram a se tornar de suma importância para as mudanças nas políticas em saúde mental. Segundo Amarante (1995), no Rio de Janeiro o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) veio a se tornar “o ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental” (p.492). Neste sentido, o movimento pela Reforma Psiquiátrica não se deu apenas a partir de uma nova proposta teórica, mas também foi fruto de movimentos sociais de trabalhadores em saúde mental no País. Alguns movimentos como o Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental de Bauru, em 1987, cujo lema foi “Por uma sociedade sem

manicômios”, a intervenção na Casa Anchieta, pela Prefeitura de Santos, em 1989, que deu início ao fechamento do hospício e a substituição do modelo assistencial vigente tornaram-se importantes ações dentro do processo da Reforma. Segundo Amarante (1995), a partir dessa época, foram elaboradas diversas atividades no caso do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental de Bauru, como, também, no desenvolvimento do Projeto TAMTAM, que embutiam projetos culturais e artísticos voltados para o cuidado em saúde mental como recursos de mobilização política e social. As formas de cuidado decorrentes dessa perspectiva acabaram por estimular reflexões acerca das mesmas, gerando manifestos e práticas que deram corpo a Reforma Psiquiátrica no país (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Segundo Nabuco (2007), o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial emerge no Brasil no final da década de 1970, no contexto da redemocratização brasileira e ao final da ditadura militar. Seguindo da denúncia de três médicos residentes sobre as péssimas condições de atendimento no Centro Psiquiátrico Pedro II (atual Instituto Municipal Nise da Silveira) uma mobilização de grupos sociais em favor da luta antimanicomial difundiu nos estados do sudeste, em especial, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo, de onde surgiu o movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Este movimento ficou conhecido como processo de Reforma Sanitária e desencadeou várias ações em 1986, na 8ª conferência Nacional de Saúde, quando o pesquisador Sérgio Arouca apresenta o projeto do Sistema Único de Saúde (SUS). Destarte, em 1987, o MTSM passa a incluir em suas discussões pessoas com transtorno mental e seus familiares, o que desencadeou na transformação do MTSM em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), cujo lema era “Por uma sociedade sem manicômios”. Dessa forma, o MNLA passa a ser o principal protagonista na mudança das formas de cuidado no campo da saúde mental e teve como principal influência o processo de Reforma Psiquiátrica Italiana, iniciada por Franco Basaglia.

De acordo com Amarante (1995), a I Conferência Nacional de Saúde Mental veio a acontecer em 25 a 28 de junho de 1987, como resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta primeira Conferência veio a participar delegados eleitos das pré-conferências, usuários dos serviços de saúde e demais segmentos da sociedade. Esta Conferência teve como pautas: economia, sociedade e Estado e seus impactos sobre a saúde e a doença mental; a Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde e Cidadania e doença mental e os direitos, deveres e a legislação concernente ao doente mental. Com a realização do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental (conhecido como Congresso de Bauru) houve a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo e do primeiro

Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos. Nesse contexto, apresentou-se características inovadoras como o surgimento de usuários e familiares em favor da Reforma Psiquiátrica. “Loucos pela Vida” foi uma das associações criadas em Juqueri por familiares, usuários e voluntários em favor da causa. O surgimento do CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira, em São Paulo, mencionado anteriormente, obteve grande repercussão e exerceu grande influência na criação e transformação dos serviços de saúde em todo país.

Pontes e Fraga (1997) relatam a implantação dos CAPS no Ceará referindo o impacto da Reforma Psiquiátrica no Estado, o qual ecoou na implantação do primeiro CAPS no interior do Estado, em Iguatu. Segundo as autoras, os CAPS, definidos através da portaria 224/92, configuram-se como serviços em saúde mental, regionalizados, cujo objetivo é prestar serviços intermediários entre o ambulatório e a internação. Eles devem estar integrados com a rede de cuidados em saúde mental, garantindo, assim, a referência e a contrarreferência. O CAPS deve prestar atendimento individual medicamentoso, psicoterapia, atendimentos grupais terapêuticos, visitas domiciliares tendo como foco a integração do usuário ao seu meio social. Os primeiros CAPS do Ceará foram implantados no interior do Estado devido, segundo Pontes e Fraga (1997), a resistência dos hospitais privados localizados na Capital do Estado.

Deste modo, é possível visualizar que a proposta de mudança no cuidado em saúde mental no país configurou-se como uma manifestação sócio-política de participação popular em diversos estados da União. A afinidade da referida proposta com os direitos humanos introduz na seara do trabalho em saúde mental a cultura e a política de participação popular, o exercício da cidadania. A criação dos CAPS e dos NAPS veio ratificar a importância de tal exercício na vida dos sujeitos, que passavam por um período de construção da democracia: a convivência social como direito e aprendizado de respeito às pessoas em sofrimento psíquico.

3.3 Desinstitucionalização e a proposta de cuidado segundo a Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Reforma Psiquiátrica seria um movimento de reformulação de propostas de atuação concernentes a saúde mental, questionando o paradigma da psiquiatria clássica, baseado na concepção de homem enquanto ser biopsicossocial. De acordo com Cedraz e Dimenstein (2005), no Brasil, tal movimento sofreu influência da Reforma Psiquiátrica italiana, onde

surgiu o conceito de desinstitucionalização, utilizando-se deste conceito como alicerce para uma luta social contra formas de negação da subjetividade dos indivíduos ditos “loucos”. Desinstitucionalização seria um processo de desconstrução cotidiana de ideologias e práticas enrijecidas que se afirmam tanto dentro das instituições como no contexto social de uma forma mais ampla.

O conceito de desinstitucionalização foi apresentado primeiramente por Franco Basaglia (1985), psiquiatra que atuou no Processo da Reforma Psiquiátrica italiana, e desenvolvido, pelo também psiquiatra, Franco Rotelli (1990). Tal conceito surgiu a partir das ideias de Michel Foucault sobre a história da loucura, o qual designava “instituição” o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos eminentemente voltados para a “doença”, em detrimento da compreensão do contexto social em que se situa o paciente. De acordo com Torre (2004), o processo de desinstitucionalização seria o desmonte dos elementos que sustentam a instituição da psiquiatria tradicional, focada no conhecimento da doença e na tutela sobre o paciente, para a construção de uma instituição (saberes, aparatos legislativos e formas de cuidado) que desloque sua atenção da doença como “erro” ou “falta”, para a compreensão do paciente enquanto sujeito socialmente atuante, que se encontra em uma existência de sofrimento em relação à doença e à sociedade. Neste caso, a cura não seria o objetivo do cuidado em saúde mental, mas a promoção de uma cidadania ativa do sujeito com transtorno mental através de uma maior participação no convívio social e em seu processo de adoecimento. Maria relata sua entrada no MSMCBJ através de um atendimento com padre Rino e demonstra o estabelecimento de uma forma de relação amorosa e participativa com o referido psiquiatra.

Maria: O meu nome é Maria... humm... Eu participava do... lá no de Messejana, hospital mental (inaudível - 103:09) hospital geral. Detalhe...

Sicília: Deixar mais pertinho de ti. (03:31 - buchichos).

Érida: Quer que eu segure?

Sicília: Não. Tá pertinho.

Maria: Detalhe, que o padre Rino trabalhava aqui e eu não sabia. E eu já conhecia ele de outros cantos, assim, de trabalhar fora de lá, mas que, de graça, não, sabe. Aí quando eu me bati foi com ele. Ele me tratou e até hoje eu to aqui. Padre Rino...

Sicília: O padre Rino... Foi em que ano?

Maria: Foi... faz cinco anos.

Sicília: Aí você entrou em quais atividades, Maria? No atendimento?

*Maria: no atendimento psicológico, as terapias, tudo que tinha aqui eu...
(GF1, L.565-576, P.17)*

Alguém: Depois você escolheu ser (atendida) pelo padre Rino?

Maria: Isso. Um pai... (inaudível - 104:32) porque ele é legal demais.

Sicília: Como é que é o atendimento com ele?

*Maria: Ele quer explicar as coisas direitinho. Explica, sabe? E o carinho dele...
assim como um pai, sabe (GF1, L.581-585, P.17).*

Maria não somente demonstra a atenção dada pelo profissional, mas podemos observar que, no início de sua fala, ela deseja demonstrar uma expectativa positiva em relação ao encontro com o padre-psiquiatra quando diz “Detalhe, o padre Rino trabalhava aqui e eu não sabia” (MARIA, GF1, L573, P.17). Outrossim, se, por um lado, a expressão “pai” possa convocar uma reflexão sobre uma possível relação de dependência formada entre ambos, por outro lado, também expressa a existência um laço de segurança e acolhimento. Diferente das práticas manicomiais, a desinstitucionalização pareceu se estabelecer na forma de relação amorosa e esclarecedora da vivência de transtorno mental de Maria. Cavalcante Filho et al. (2009, p.316) apresenta um diagrama da experiência de um grupo do Programa de Saúde da Família, em Aracaju, denominado Saúde Todo Dia. Tal diagrama deve ser seguido para o acolhimento coerente com a proposta do SUS, lei inspirada na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

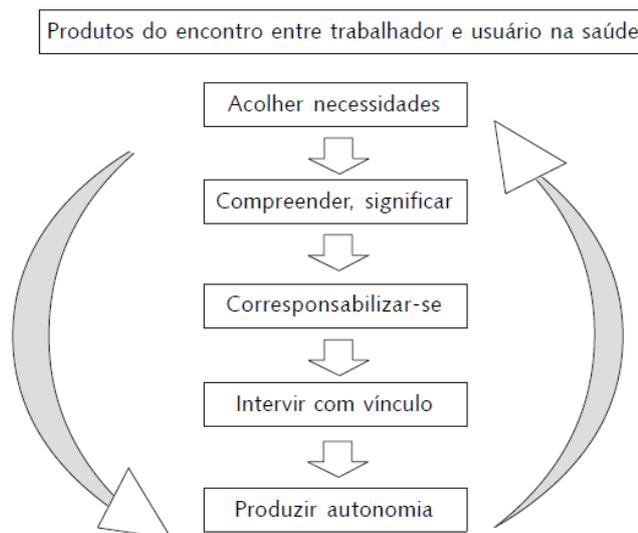


Figura 1- Diagrama da construção do vínculo usuário e profissional
Fonte: Cavalcante Filho et al (2009, p.316)

O acolhimento, o vínculo, a compreensão, a corresponsabilização e a produção de autonomia, na perspectiva de Cavalcante Filho et al. (2009) produzem uma cadeia de cuidado onde a autonomia é o produto final, ainda que seja necessário intervenções continuadas. Teixeira (2005 *apud* Cavalcante Filho et al., 2009) designa o acolhimento como um ato de superação do monopólio do diagnóstico, tendo como substância “a conversa”, trabalhando

com um objeto essencialmente relacional. Neste sentido, acolhimento fundamenta-se em vínculo, na alteridade e em diálogo que se fundamenta na

compreensão do acolhimento-diálogo ou do acolhimento dialogado como sendo atitude central no trabalho vivo, em ato, devendo ser orientada por posições morais e cognitivas que considerem a alteridade, a insuficiência real dos diferentes atores e a necessidade de integração dos saberes presentes (CAVALCANTE FILHO et al., 2009, p.318).

A postura amorosa e explicativa de padre Rino relatada por Maria parece coadunar com uma relação libertadora defendida por Paulo Freire (1987) no ponto em que prima pela amorosidade e dialogicidade como uma prática de liberdade e autonomia onde os sujeitos encontram terreno fértil para assumirem uma postura de consciência crítica diante do que estão vivenciando. Esta perspectiva aproxima-se com o que Cavalcante et al. (2009) e Teixeira (2005 apud CAVALCANTE et al., 2009) concluem como efetivação do SUS, enquanto herança da Reforma Psiquiátrica Brasileira que combate a tutela na relação entre profissional e usuário, na defesa das práticas de desinstitucionalização.

Esmeralda vai ao encontro da perspectiva de Maria quando relata seu primeiro atendimento. Esta refere uma abordagem de escuta pelo padre, uma abordagem com tendência dialógica e uma fala de forma cuidadosa a qual nomeou de “palavras doces”. Segundo Esmeralda:

Fui conversar e dizer daquilo que eu não tinha coragem de dizer lá em casa, o porquê que eu tava triste, eu fui dizer a ele. Aí dizia, chorara, era aquela confusão. E ele só me escutando, né. Aí depois quando eu parava, aí ele ia conversar, dizer aquelas palavras doces... e pronto. E eu ia pra casa, ia refletir.

Érida: Não tem nada como uma palavra bem confortante, né? Nessas horas (GF1, L.731-735, P.22).

A desconstrução do dispositivo psiquiátrico através da desinstitucionalização tem se revelado através de autores como uma prática do encontro entre seres humanos, onde a hierarquia entre profissionais e usuários é evitada, sob o risco destes últimos, tornarem-se mero objeto de estudo, ao invés de sujeito de autonomia. Tal espaço de construção dialógica propõe-se a promover a afetividade, ou amorosidade, como afirma Paulo Freire (1983) como recurso respeitável nas ciências que orientam o trabalho neste campo. O encontro não hierárquico entre seres humanos, mas dialógico, é congruente com a solidarização dos seres e reflete no desenvolvimento da consciência (FREIRE, 1987) dos seus sujeitos envolvidos, influenciando em um compromisso humanizado com a sociedade e os usuários dos quais fazem parte. Este encontro que valoriza o diálogo torna-se um espaço fecundo para a relação

de valorização do sujeito que, ao ser recebido com respeito e importância, segue resignificando a si mesmo e o seu entorno através da experiência de cuidado.



Foto 2: usuário do Movimento fala em um evento.
Fonte: site do Movimento.

É possível ver, dessa forma que a abertura para o diálogo advinda com a proposta de desinstitucionalização encontram aproximações com as ideias de Paulo Freire que afirma que o real diálogo implica em: Amor ao mundo e aos seres humanos; o compromisso com a sua libertação, do outro e do mundo; estabelecer relações de humildade; credibilidade e confiabilidade nos sujeitos nos sujeitos e o compromisso no desenvolvimento da consciência dos sujeitos. Para Freire (1983), tal postura condena práticas desumanizantes e tem como objetivo, através do desenvolvimento da consciência, do compromisso social com os sujeitos e com a proposta de intervenção amorosa, a libertação de homens e mulheres da situação de opressão em vários âmbitos sociais.



Foto 3: imagem disponibilizada no site do MSMCBJ,
mostrando a relação entre usuários e profissionais.
Fonte: site do Movimento.

Neste sentido, podemos compreender o processo de desinstitucionalização como a desmontagem do dispositivo psiquiátrico para a desconstrução do manicômio, das formas de opressão promovidas pelos desejos de manicômio (MACHADO; LAVRADOR, 2001), que se repercutem em campos onde a saúde conclui fronteiras; das formas de relação sociais cuja violência emerge, também, no campo da saúde mental. Da desinstitucionalização, faria parte a construção de uma relação de contrato com o sujeito, em substituição da relação de tutela instaurada pela psiquiatria tradicional. Promover condições que favoreçam o processo de desinstitucionalização implica na criação de espaços que desenvolvam a tolerância à diferença e o combate a discriminação. Se a Reforma Psiquiátrica propunha o fim dos manicômios, as formas opressoras de relação, constituídas em manicômios pela psiquiatria tradicional, pareciam propagar-se nos outros espaços de promoção de saúde e em outros espaços de construção da vida cotidiana. Não bastaria que se aplicasse a desospitalização como recurso desinstitucionalizante: o manicômio pode se encontrar no cotidiano das formas de relação. Trabalhando a partir da diferença, negando a similaridade de loucura com erro ou falta, talvez seja o ponto a partir do qual os profissionais em saúde devam buscar desenvolver trabalhos que, na perspectiva teórica e prática, consigam estar coerentes com a proposta de desinstitucionalização, conceituada por Rotelli (2001), a dialogicidade e abertura afetivas que nela se encontram crivadas.

Segundo Torre (2004, p.59),

o papel do técnico é reinserir a complexidade dos problemas com os quais lida abrindo mão das interpretações da loucura segundo erro, incapacidade, inferioridade, doença mental - e potencializá-la como diferença, um modo diferente de relação com o mundo [...]. Enfim, não usar o saber como técnica normativa, mas como possibilidade de criação de subjetividades, sujeitos ativos, espaços de sociabilidade.

A Reforma Psiquiátrica seria um processo e reorientação de práticas da psiquiatria tradicional para a criação de um novo objeto: a experiência de existência doente dos sujeitos (ROTELLI, 1990). Martines (1993, apud CASTRO; CAVALCANTE, 2007) aponta para uma proposta de atuação em saúde mental que envolva a participação comunitária, buscando a criação de modos e condições de vida que favoreçam o fortalecimento desta, através de diversas formas de cuidado que promovam a emergência do sujeito em um território interdisciplinar, comunitário e participativo.

Segundo Duarte (2004), um trabalho em saúde, a partir da proposta da Reforma Psiquiátrica, precisa ter como base formas de acolhimento e vínculo que estabeleçam um compromisso ético-político, desenvolvendo um olhar para o indivíduo em seu contexto sócio-

histórico, criar espaços de participação e resignificação de relações e experiências vividas de forma menos estigmatizadora. Neste sentido, foram criadas diversas formas de atuação para o atendimento de portadores de transtornos mentais no intuito de enfrentar o desafio de trabalhar com dimensões subjetivas e psicossociais pautadas por novos horizontes éticos. Salvanira relata seu processo de entrada no MSMCBJ como uma acolhida afetiva onde ela encontra uma diversidade de práticas para o cuidado de sua saúde, e não somente o atendimento médico com prescrição medicamentosa.

Sicília: A senhora quando fala que entrou no CAPS a senhora fala muito de como foi atendida, de como é o atendimento, né? Como é que foi esse atendimento para que a senhora tenha gostado?

Salvanira: Eu gostei, eu gostei porque quando eu me tratava nos outros hospital eu nunca passei pelo que eu passei aqui, né. Só passava medicamentos, viu. E uma vez o... lá o cara, eu discuti até com ele. Que ele veio com ignorância comigo, né, que num teve, não... aí eu disse a ele que..ah, simplesmente que ele era um empregado, ele não era dono do hospital, ele era um empregado, nós era paciente e ele era pra tratar a gente bem[...]Aí passei pela triagem, aí depois passei pela psicóloga, a doutora é...a doutora Ana, marcou minha consulta, fiz massagem, aí marquei doutor Francisco porque ela disse assim, oi, eu vo ter o melhor médico para a D. Salvanira é o doutor Francisco. Que ele é divinamente bem, atende, me ouça, e as... as menina tudim daqui. Este ela... Esmeralda também. Eu gosto demais daqui, foi o canto que eu mais gostei. (L.107-132, P.4)

Sicília: Como é que... Como é que é?

Salvanira: Porque aqui a gente tem um atendimento bem, todo mundo gosta da gente, a gente faz amizade com as pessoa, todo mundo é amigo, né, as terapeuta, as psicóloga, os médico... E o que eu tenho pra dizer é isso, né? E aqui tem tudo pra gente aprender, quem tem boa vontade, né. Tem tem... Tem violão... tem todo tipo de curso que a gente quer fazer[...]Chega eu choro, viu? Eu choro, no dia que não dá pra mim vim, viu? (GF1, L140-155, P.5).

De acordo com Amarante (1994b), o projeto idealizado por Basaglia constitui uma desconstrução/invenção no campo do conhecimento e das práticas voltadas para a saúde mental. “Basaglia foi operador de uma prática consciente, que, usando determinadas produções teóricas e uma forma peculiar de lidar com as questões sociais, construiu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais” (AMARANTE, 1994b, p.61). Sua proposta para invenção de outra referência teórica e prática psiquiátrica dá origem a um novo dispositivo em saúde mental que atuaria desconstruindo as práticas de alienação, referente à psiquiatria tradicional, e promovendo uma nova forma de cuidado. O novo dispositivo seria a desinstitucionalização, trabalhado por Franco Rotelli e Basaglia, para minar o desenvolvimento de paradigmas que fundamentam a psiquiatria tradicional.

Na perspectiva de Duarte (2004), as mudanças ocorridas no Brasil na década de 1990, referentes à atenção em saúde mental, colocam dois problemas a serem resolvidos: a criação de modelos técnico-assistenciais e o processo de cuidado em saúde mental. A categoria Cuidado, então, funda-se como uma prática essencial referente ao processo de desinstitucionalização e evidenciam ações voltadas à promoção da cidadania do sujeito com transtorno mental.

O cuidado, nesse contexto, torna-se uma categoria axial a qual agencia outros elementos essenciais nas práticas em saúde mental que se encontram radicadas no território da desinstitucionalização. Nesta perspectiva, a “cura”, antes objetivo do tratamento em saúde mental, perde lugar para as relações em que se fundam o cuidado, onde a saúde seria apontada pelos usuários como um bem estar vinculado ao cuidado humanizado, invés da ausência de sofrimento psíquico. Como relata Beto sobre a percepção de sua saúde no contexto do cuidado em saúde mental do MSMCBJ, sua cura teria se dado na vivência de um contexto amistoso e acolhedor.

A diferença [de antes de entrar no MSMCBJ] é que eu fiquei bom, né? To... to... só tomando remédio, quero me liberar do remédio, que é uma coisa muito ruim. Que viver a base do remédio é coisa ruim demais. Depois que eu comecei o grupo me senti muito bem. Conheci novas pessoas, né? Novos amigo... [...] Conhecer novas pessoas é bom demais (BETO, GF2, L.321-324, P.11).

3.3.1 A proposta de Cuidado em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica

Existem diferentes perspectivas em cuidado em saúde mental que se associam a atuação de profissionais em políticas públicas, por vezes mantenedoras das práticas pinelianas que vão de encontro o princípio de integralização da assistência previsto na Lei nº 8.080, que versa sobre o Sistema Único de Saúde. No Movimento de Saúde Mental Comunitária (MSMCBJ), é possível perceber algumas aproximações com a proposta da Reforma Psiquiátrica brasileira, dentre outras perspectivas de cuidado. Neste sentido, percebe-se que devido a composição diversa de ações promovidas pelo MSMCBJ, a temática do cuidado torna-se um ponto nodal para esta investigação, já que a arte se insere dentro do leque de ações promovidas pelo MSMCBJ e se ratifica como prática de cuidado em saúde mental por esta ONG.

Quando os participantes da pesquisa discutiram suas trajetórias de cuidado em saúde mental fizeram referência aos seguintes temas: experiência de transformação, experiência de sofrimento psíquico, experiência com a medicação, acesso aos serviços, acolhimento e relações afetivas. Dentre estes temas, a experiência de acolhimento demonstrou ser, na perspectiva dos

participantes, uma forma de cuidado onde a afetividade toma lugar essencial na experiência do processo de sofrimento psíquico destes sujeitos. Neste sentido, direciono a compreensão do cuidado em saúde mental, a partir das perspectivas apontadas a partir dos temas mencionados pelos participantes da pesquisa e adotando como parâmetro a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Abordarei primeiramente a perspectiva de cuidado em saúde mental preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e, em seguida, abordarei reflexões acerca da prática de acolhimento e suas aproximações e diferenciações com as experiências relatadas pelas pessoas com transtorno mental usuárias dos serviços do MSMCBJ.

De acordo com Dino (2007), o MSMCBJ surgiu a partir das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) que, diferente do movimento da Reforma Psiquiátrica, atuou em sua maior parte, a partir dos anos 80, com movimentos da igreja católica comprometida com a Teologia da Libertação (BOFF, 1986) e de moradores do Grande Bom Jardim. Tal perspectiva de atuação considera que sua prática “não surge da mera discussão em grande parte perfunctória sobre várias formas de sociedade; ela surge das práticas e daquilo que o povo organizado for criando em sua luta pela dignificação da vida e dos meios de vida” (BOFF, 1986, p.92). Outrossim, padre Rino relata ter tido influencia de Martín-Baró no desenvolvimento de suas práticas no Bom Jardim. O que agregaria a Psicologia da Libertação nas práticas do MSMCBJ.

A minha formação toda foi com a teologia brasileira, Leonardo Boff, toda a história da igreja latino-americana, Dussel, que foi um historiador extraordinário, culto e foi meu professor, Gutierrez que foi meu professor lá em Chicago e nos meus estudos encontrei outro filão da minha formação e do sistema que é Ignacio Martin-Baró, psicólogo da libertação, ele foi morto na chacina de El Salvador né, então a psicologia da libertação né, tudo concluindo. (Entrevista, L.37-41, P.12).

Em outro momento da entrevista, padre Rino refere o início de seu trabalho no Bom Jardim relatando a preocupação com o desenvolvimento das pessoas em uma valorizando a cultura local e a sabedoria do povo.

Então tudo nasceu né no contexto do útero social criado a partir da experiência das CEBS e da terapia comunitária, aonde a pessoa chegava e tinha a possibilidade de ser escutada, ser de alguma forma acolhida e a pessoa tinha a possibilidade de desabafar e se encontrar em um contexto de acolhida e de aceitação, resgatar as raízes culturais e transformando a dor num processo de sabedoria (Entrevista, L.21-25, P.15).

As ideias de Paulo Freire (1987) revelaram ter exercido influência no desenvolvimento do MSMCBJ. Elas se fundamentam em uma prática pedagógica de releitura de mundo, onde a amorosidade e o diálogo levam ao desenvolvimento humano. Se a definição de acolhimento mencionada anteriormente torna imprescindível o diálogo entre os atores envolvidos na prática

de saúde, as ideias de Paulo Freire (1987) vão ao encontro desta perspectiva e acrescenta a amorosidade, relatada pelos participantes da pesquisa, como algo imprescindível ao diálogo. Destarte, se o diálogo se constituiria imprescindível aos cuidados em saúde (ROTELLI, 1990), pode-se inferir que, para a emergência da saúde, a amorosidade se revelaria necessária.

Não há diálogo, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recriação, se não há amor que a infunda. [...] (o amor) é um ato de coragem, nunca de medo, o amor é compromisso com os homens. Onde quer que estejam estes, oprimidos, o ato de amor está em comprometer-se com sua causa. A causa de sua libertação. Mas, este compromisso, porque é amoroso, é dialógico [...] Se não amo o mundo, se não amo a vida, se não amo os homens, não me é possível o diálogo. Não há, por outro lado o diálogo se não há humildade [...] Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim? [...] Como posso dialogar, se me sinto participante de um gueto de homens puros, donos da verdade e do saber, para quem os que estão de fora são “essa gente”, ou “nativos inferiores”? (FREIRE, 1987, P.79-80).

Relembrando as práticas pinelianas abordadas em especial por Foucault (1979), onde o sujeito deve ser isolado, onde não há esperança para sua restauração, mas apenas conformação em servir de objeto de estudos para cientistas que, por se sentirem “normais”, os consideravam e os tratavam como se fossem indivíduos superiores e onde não havia espaço para o diálogo e para a amorosidade, podemos, nesta perspectiva, aproximar as ideias de Paulo Freire (1987) da Reforma Psiquiátrica e da proposta relatada por padre Rino, embora este último afirme não fundamentar-se neste último movimento social.

A forma de cuidado coerente com a perspectiva da Teologia da Libertação, que fundamenta as práticas do MSMCBB, não se firma em práticas de tutela, como a prática pineliana; aproxima-se com as ideias da Reforma Psiquiátrica ao colocar a medicação como coadjuvante e aponta a necessidade de construir formas de cuidado que levem em consideração dimensões sociais, individuais, coletivas e espirituais da vida dos sujeitos. Por outro lado, diferenciam-se das propostas da Reforma Psiquiátrica, assinalando a necessidade de construção de outras formas de cuidado que incluem a afetividade e a espiritualidade.

A Teologia diferencia-se da proposta da Reforma Psiquiátrica ao incluir dentro das práticas de cuidado a dimensão da espiritualidade; ao incluir a importância do bem estar do ser humano no cuidado com os seres vivos, sem priorizar a vida humana em detrimento de outras formas de vida; e ao compreender a afetividade como elemento importante para uma prática de cuidado libertadora. Segundo Boff (2008), a perspectiva de cuidado da Teologia da Libertação consiste em um modo de ser essencial que inclui a necessidade de cuidar de si e defende que “Cuidar é mais que um ato; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um

momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 2008, p.33). De acordo com Meuri, participante da pesquisa, sua experiência de inserção no MSMCBJ inclui a afetividade como elemento relevante para o cuidado de sua saúde mental e a continuidade do tratamento. Ao se referir ao atendimento realizado por padre Rino, psiquiatra e um dos fundadores do MSMCBJ, que compartilha do ideário da CEBs, ela afirma:

Mas que eu encontrei uma pessoa boa, uma pessoa que foi feito muito por mim... feito, não, faz por mim. Me dá sempre... essa pessoa eu não esqueço a não ser... na minha morte. Na morte tem que esquecer mesmo, né? Mas eu tenho ele como meu pai um uma família pra mim. É o padre Rino (MEURI, GF1, L.864-86, P.26).

Em relação à Reforma Psiquiátrica brasileira, Amarante (1994) refere que as mudanças trazidas por este movimento apontam para a substituição do tratamento moral pineliano para a construção da perspectiva de quatro dimensões nas práticas de saúde: a dimensão teórico-conceitual, a técnico-assistencial, a sócio-cultural e a jurídico-política. A dimensão teórico-conceitual diz respeito a mudanças na produção de conhecimento e na forma de atuação do cuidado em saúde, questionando, inclusive, a ciência como única produtora da verdade e a existência da neutralidade na produção da ciência.

Segundo Amarante (1994), a dimensão técnico-assistencial diz respeito ao modelo de atuação com base em um conceito de cuidado coerente com as propostas da Reforma Psiquiátrica. O modelo de atuação coerente com a prática pineliana seria calcado na visão de sujeito com transtorno mental como um não-mais-sujeito, por apresentar contradições em sua capacidade de construir sua Razão, e seu espaço de cuidado seria o manicômio: lugar de isolamento e controle da pessoa com transtorno mental. Esse modelo consiste no tratamento moral, na vigilância e disciplina. O modelo de atuação fundamentado na Reforma Psiquiátrica, nas palavras de Amarante (1994, p.01), considera que “o sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber”.

A dimensão sócio-cultural, de acordo com a Reforma Psiquiátrica brasileira, compromete-se com a mudança do lugar social da loucura, buscando a transformação do imaginário social que institui a loucura como erro ou incapacidade no intuito de favorecer experiências de trocas sociais que valorizem a tolerância e a diversidade (AMARANTE, 1994, 2003). A dimensão jurídico-política consiste na discussão e redefinição das relações sociais e civis que favoreçam a cidadania e os direitos humanos e sociais de pessoas com transtorno mental (AMARANTE, 1994).

O conceito de cuidado vinculado ao paradigma da desinstitucionalização é definido como “um campo¹² de saberes e práticas que, contemporaneamente, vem sendo imbuído de novos sentidos e enunciados [...] constituindo-se, assim, em território interdisciplinar” (DUARTE, 2004, p.155). Segundo Ayres (2004), Pinheiro e Guizardi (2005) e Leão e Barros (2008), o cuidado, na proposta da Reforma Psiquiátrica, estaria afinado com a ideia de o sujeito estar sempre exercendo o cuidado sobre sua própria existência, resultado de uma auto-compreensão e ação transformadoras, possibilitadas por práticas de não tutela e promoção de cidadania, uma nova tecnologia capaz de romper o discurso hegemônico da racionalidade médica e de dar conta da demanda por uma integralização da assistência, um espaço onde “o sujeito é visto muito além de sua doença, buscando explorar suas potencialidades” (LEÃO; BARROS, 2008, p.10). Posicionamento corroborado pelos participantes da pesquisa, como afirma Meuri, que revela sua experiência de acesso aos serviços do MSMCBJ:

Ó, terapia, terapia... tudo, tudo que tinha aqui, tudo, tudo que acontecia lá na palhoça, tudo tinha... que ter eu no meio. Tudo. Nunca o padre Rino... Ah... hoje, fosse fazer alguma coisa de atividade, era eu no meio. Era no café, era no chá, era na faculdade, quando eu melhorei, cuidar, de varrer (MEURI, GF1, L 27, P.26.).

A experiência de sofrimento psíquico de Meuri revelou um trajeto de vida cheio de dificuldades, em especial, proporcionadas pelo ex-marido, que a impedia de sair de casa e a fazia sentir-se incapaz de realizar qualquer tarefa. Como vemos no trecho:

Eu dizia pra ele (padre Rino) que eu era como um passarinho que vivia numa gaiola, eu era presa demais (neste momento ela pausa e chora). Eu num tinha coragem de sair de casa. Ele (o marido) num deixava, não. Pra mim ir pra rua, meu esposo soubesse, ele tinha que me deixar, tinha que me buscar. Ele era tão cruel, tão cruel dum jeito que foi dá cinco hora, tava perto de ele chegar, e eu tinha que fechar tudo (MEURI, GF1, L.839-843, P.25).

Neste sentido, a forma com que os serviços do MSMCBJ se tornaram disponíveis para Meuri, possibilitou que esta experimentasse a realização de tarefas de forma espontânea e, através da experiência, pudesse perceber-se capaz de participar delas e, desse modo, mudar a forma como significa sua maneira de lidar com a vida.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental é vista como alguém capaz de se expressar, de constituir uma forma diferenciada de se relacionar, de falar, de dar sentido a si e ao mundo, de criar e de trabalhar; ou seja, com potenciais ou formas de desenvolver-se, que fornecem subsídios para a construção de sua existência na relação com

¹² Esta entrevista foi Realizada pelos integrantes do Grupo de Pesquisa Práticas Inovadoras em Saúde Mental do qual a pesquisadora faz parte.

outras pessoas. Nesse contexto, as atividades do MSMCBJ forneceriam um leque de opções de formas de expressão que serviriam como forma de comunicação, interação e de resignificação de ideias e experiências vividas por sujeitos com transtorno mental. Se por um lado as formas de cuidado vinculadas à desinstitucionalização buscam romper com o discurso hegemônico da racionalidade e valorizar formas singulares de existir e se expressar, a arte se coloca como recurso que promove espaços inventivos onde a liberdade de expressão é prerrogativa para a criação. A valorização da diversidade de atividades presentes no MSMCBJ parece facilitar formas de viver, interagir, sentir e significar. Como afirmou Salvanira, a experiência de cuidado em saúde mental pode implicar em transformações profundas no modo de vida:

A minha eu já passei aqui, tudim, eu já passei, certo... Pela triagem. Que eu cheguei aqui no fundo do poço.... Cheguei aqui no fundo do poço, né? E hoje eu me acho outra. Marquei o quê, há quinze anos. Renasci de novo, viu?
(SALVANIRA, GF1, L19-21, P.01).

Tais indícios apontam para os espaços de cuidado do MSMCBJ, que utilizam arte como promotora de novas formas de significar seu modo de se perceber e de lidar com o sofrimento psíquico. Érida relatou não ter havido mudanças significativas em relação ao seu sofrimento psíquico. No entanto, em um momento posterior de seu relato, ela afirma ter fé na possibilidade de construir outras formas de construir sua vida. Atualmente, Érida é dona de casa solteira em processo de construção de um projeto de vida, diferente do que tem vivido. Seu principal objetivo é a realização de um desejo antigo: tornar-se assistente social.

Sicília: Na época em que a senhora fazia... isso a senhora tendo um acompanhamento com psicólogo, psiquiatra... E a senhora fazia também o grupo?

Érida: Fazia. E eu ainda sou desse jeito, eu não mudei nada. Eu mudei assim que eu... agora eu to menos chorona, que eu sou muito chorona, eu choro mesmo (GF1, L.388-391, P.11).

Se Deus quiser vou terminar minha prova (de conclusão de ensino médio) hoje,... vou terminar meu segundo grau hoje. Já pronto, quando for no próximo ano, se Deus quiser, se eu ainda tiver viva, que eu espero estar, eu vou fazer um cursinho, vou fazer uma faculdade pra assistente social, é isso o que eu quero (ÉRIDA, GF1, L.407-410, P.12).

E depois quando eu já tiver lá como assistente social, eu quero escrever um livro (ÉRIDA, GF1, L.412-413, P.12).

Rottelli et al. (2001) refere que a importância da desconstrução do manicômio promovida pela Reforma Psiquiátrica e invoca a desconstrução do paradigma da racionalidade no intuito de que um outro modo de vida social possibilite a concessão de outros modos de vida sufocados pela psiquiatria tradicional. Para tanto, o primeiro passo na direção da desinstitucionalização seria o de renunciar a confirmação de uma normalidade plenamente estabelecida, fundamentada na razão,

para a criação de modos de cuidado que busquem transformar o sofrimento do sujeito, promover a sociabilidade e a construção de novos sentidos de vida, éticos e libertários. Neste caso, podemos perceber que a experiências relatadas pelos participantes da pesquisa apontam para outras formas de significar a experiência de sofrimento psíquico; proposta preconizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a qual prioriza a construção de novas formas de cuidado e a mudança do lugar social da loucura, onde o sujeito não precise mais ser visto, pelo meio social e por ele mesmo, como alguém perigoso ou incapaz.

De certa forma, a Teologia da Libertação (BOFF, 2008), perspectiva presente nas práticas do MSMCBJ, aproxima-se com este ponto de vista quando propõe que a saúde não seria a ausência de danos, mas a presença de uma força de viver, apensar desses danos. Dito de outro modo, saúde seria vista não uma ausência de patologias, mas a forma de cuidado com que se lida com estados patológicos e forma com que os sujeitos aprendem a administrar a própria saúde.

Existem mais duas referências que fundamentam as práticas do MSMCBJ: o Princípio Biocêntrico e a Espiritualidade. O Princípio Biocêntrico é um fundamento teórico, metodológico e vivencial fundado por Rolando Toro que valoriza dos sujeitos com a conexão com a vida através da constituição de um ser relacional, ecológico e cósmico. De acordo com o poema de Rolando Toro (1991, s/ pág.):

A força que nos conduz é a mesma que acende o sol que anima os mares e faz florescer as cerejeiras. A força que nos move é a mesma que estremece as sementes com sua mensagem imemorial de vida. A dança gera o destino sob as mesmas leis que vinculam a flor à brisa. Sob o girassol de harmonia todos somos um.

De acordo Toro (1991), o Pensamento Biocêntrico parte da possibilidade do ser humano se orientar pelos princípios da própria vida. Segundo Carvalho (2010, p.51), este seria um caminho de “um novo aprendizado existencial, de uma nova perspectiva de subjetividade que supere o individualismo, que esteja atenta às necessidades sociais, que seja capaz de comprometer-se com a própria vida, com a construção de uma sociedade mais amorosa e justa”.

No espaço do CAPS a relação do sujeito com a visão biocêntrica pode ser verificada através do cultivo de uma qualidade e variedade de plantas e algumas pessoas tirando mudas e galhos para plantar em casa. Aparentemente a existência de um jardim no CAPS cria um clima de tranquilidade através da sombra e da ornamentação. Outrossim, alguns usuários contribuem para a sustentabilidade deste jardim, ornamentação e trazendo pequenas plantas de suas próprias casas. Embora os participantes desta pesquisa não tenham feito referência a sua relação com o

jardim do CAPS e a horta da Casa AME, aparentemente há usuários que valorizam e participam na manutenção do ambiente arborizado, como consta na foto que fazer parte do site do MSMCBJ. Nestas fotos há usuários mexendo e cuidando do espaço arborizado. Outro fato que revela a valorização de um ambiente com bastante plantas encontra-se na casa Ezequiel Ramim, onde padre Rino mora, onde há a criação se peixes, cachorros, cobras, papagaios, gatos e coelhos. No quintal há um tanque onde ficam os peixes e plantas em um espaço de tamanho razoável.



Foto 4: usuários mexendo nas plantas do CAPS.
Fonte: site do MSMCBJ.



Figura 5: quintal da casa de padre Rino mostrando as plantas e o tanque onde são criados os peixes.
Imagem disponibilizada no site do MSMCBJ em um dos vídeos institucionais.
Fonte: site do MSMCBJ.

A horta Comunitária é uma atividade que inclui pessoas com transtorno mental e eventualmente une suas atividades ao trabalho da farmácia viva, onde os usuários aprendem a fazer sabonetes e outros produtos artesanais, de cunho decorativo ou terapêutico. Parte dos produtos da horta é utilizada pela cozinha do CAPS e de outros núcleos de trabalho ligados ao Movimento.



Figura 6: usuários trabalhando na horta comunitária.
Fonte: site do MSMCBJ.

De acordo com Toro (1991), o Princípio Biocêntrico busca resgatar os vínculos primordiais do indivíduo com a natureza, em um movimento de valorização da conexão dos seres humanos com outros seres vivos, com a natureza e os instintos primordiais. O Princípio Biocêntrico tem como fundamento a biodança que pode ser definida como a restituição dos gestos naturais, o ritmo biológico, do impulso, da vinculação à espécie e da intimidade consigo mesmo e com os outros (TORO, 1991).

Segundo Góis (2002), a biodança é um sistema de desenvolvimento humano vinculado à identidade; ponto de partida para as noções que construímos sobre nós mesmos e sobre o mundo.

A base conceitual da biodança provém de uma meditação sobre a vida, ou talvez do desespero, do desejo de renascer de nossos gestos despedaçados, de nossa vazia e estéril estrutura de repressão: poderíamos dizer com certeza: da nostalgia do amor. Mais que uma ciência, é uma poética do encontro humano, uma nova sensibilidade frente à existência. (TORO, 1979 apud GÓIS, 1991, p.2).

Esmeralda, participante do grupo de biodança e arte, refere que sua participação na biodança traz uma sensação de fortalecimento, energização e sentimento de importância diante das outras pessoas.

Sicília: E... como é... em relação, tu falou da... de como tu se via. O que que tu sentia fazendo essas atividades?

Esmeralda: Uma satisfação muito grande, né, me sentia importante, que eu tinha importância, né, que eu era... importante, era bem... eu era capaz, né, eu me sentia capaz.

*Sicília: O que que tinha nessas atividades de arte que te motivava a ficar, pra tá?
O que era bom lá?*

Esmeralda: por exemplo, na biodança era eu me...eu me eu saía no final da sessão eu me as...eu saía fortalecida, né, cheia de energia. (GF2, L.802-809, P.26).

Através da fala de Esmeralda pode-se refletir sobre a possibilidade da expressão poética da biodança como um mecanismo, dentre outros, que pode contribuir com o bem estar do usuário. Neste caso, a sensação de fortalecimento de Esmeralda seria o contraponto do “mal-estar ou sofrimento psicossocial” (SAWAIA, 2006, p.50) desconstruídos pelo desenvolvimento da consciência através dos aspectos explicativos e intuitivo-emocionais que respeitam desejos, necessidades e aspectos individuais e coletivos que a biodança sugere em suas práticas e que Sawaia (2006) refere como imprescindíveis para a saúde dos sujeitos.

Ao chegar ao CAPS, além do jardim e da palhoça, quadros pendurados nas paredes feitos pelos próprios usuários e, no espaço da cantina, um balcão baixo separando a mesa de refeições da cozinha, onde a mesa de refeições é constante local de conversas regadas a chá.



Figura 7: imagem retirada de um dos vídeos institucionais disponibilizados no site do MSMCBJ mostrando a interação dos usuários durante os intervalos para o lanche.¹³

O contexto de aproximação cultural e afetivo em harmonia com a natureza foi nítido desde a primeira visita da pesquisadora àquele espaço, mencionado pelos usuários participantes da pesquisa, Esmeralda relata que a partir de seu atendimento com padre Rino, começou a interagir mais com as atividades do MSMCBJ. Foi acolhida pelo Movimento e chegou a se tornar coordenadora de uma de suas atividades.

¹³ Na mesa em que são realizados os lanches dos usuários e algumas conversas entre usuários, profissionais e visitantes. Neste dia estavam comemorando o 5º aniversário do CAPS. A foto foi cedida pelo MSMCBJ e alterada digitalmente para que as identidades dos participantes fossem preservadas.

Esmeralda: Eu não fui indicada, encaminhada pra nenhum CAPS. Eu entrei num quadro depressivo, já... já tava casada. Já tinha dois... dois meus três filhos já tinha dois... Por conta de que eu nunca me imaginei me separar da minha mãe, né. E aí ela resolveu de repente sair e se mudar... morar... longe. E aí eu num aguentava isso de jeito nenhum, né? Quería por fina força que ela num saísse de perto de mim. E aí fiquei depressiva, né. Chorava muito. Mas também não dizia o porquê. Foi aí que a minha irmã, uma das minhas irmãs que já trabalha aqui, né, Já trabalhava aqui com o padre Rino só me trouxe pra... falou com ele. Aí foi ele disse: traga ela aqui pra conversar comigo. Pronto e aí eu tomei um medicamento né...tomei, passei seis meses tomando, mas logo, logo eu fui melhorando só com conversas com ele mesmo. E comecei a participar do que eu gosto que é essa parte a... trabalhos manuais aqui. Aí, já fui ser voluntária daqui... E pronto. E sempre tive essa relação aqui no Movimento muito forte, né. Esse acolhimento dele, essa amorosidade não só dele como das pessoas que aqui trabalham. E aí hoje em dia eu já faço é parte do trabalho com o CAPS...

*Érida: Pois num é. Quem diria, né, que você trabalhando aqui, já foi paciente do...
(GF1, L.698-712, P.21-22)*

Em relação à parte espiritual e religiosa tratada pelo Movimento este defende a espiritualidade como uma dimensão a ser considerada no ser humano. Para o MSMCBJ, o sujeito é formado pelas dimensões bio-psico-sócio-espiritual e vai além do processo terapêutico. O Movimento leva em conta a espiritualidade para além da religiosidade, ideias que vão ao encontro da perspectiva de Boff (2001), onde a religião é algo ligado a tradições de fé, dogmas, e aceitação de uma perspectiva sobrenatural. A espiritualidade está mais ligada à conduta humana, a amorosidade e a compaixão ao próximo “paciência e tolerância, capacidade de perdoar, contentamento, noção de responsabilidade, noção de harmonia – que trazem felicidade tanto para a própria pessoa quanto para os outros” (BOFF, 2001, p.21).

De acordo com o MSMCBJ:

Na troca, na partilha, na celebração da vida, no esforço de aprofundar o conhecimento da complexidade do ser humano, aprendendo a conviver com a própria luz e as próprias sombras, sem sentimentos de culpa e sem atitudes de autopunição, se insere uma nova visão do religioso, do sagrado, do inefável (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2010).

Segundo Peres et al. (2007), a despeito de diferentes épocas e culturas a prática religiosa sempre existiu na história humana. Tal prática seria importante, pois constitui elemento fundamental na construção da cultura e organização de valores de uma determinada sociedade. Outrossim, de acordo com Sperry e Sharfranske (2004 apud PERES et al., 2007), o investimento espiritual de uma determinada pessoa em alguma religião auxilia no tratamento de transtornos mentais e na adesão à psicoterapia. Neste caso, apenas Meuri demonstrou que a sua entrada e tratamento no MSMCBJ deveu-se à sua entidade religiosa de referência: Deus.

Quando as meninas começaram a passar, fazendo pesquisa nas casas parece que elas bateram na minha porta assim com... amorrr de Deus [...] Ela bateu palma na porta... Isso a menina abriu. A menina abriu, elas entraram: oi, a gente tá fazendo aqui a pesquisa, pra ver aqui... quem, as pessoas, as casa, e falou do padre Rino, né. E aí eu... e elas começaram a falar... do povo... do povo de Deus. E aquilo... quando elas começaram a falar... o primeiro que falava, aquilo me sentiu que eu... engoliu uma saliva que desceu bem rápido. Que eu senti que parece que ali abriu tudo. A minhas garganta... tinha abrido tudo (GF1, L.803-811, P.24).

A espiritualidade vivenciada no MSMCBJ, segundo Carvalho (2010), ultrapassa um processo terapêutico e é reconhecida como uma dimensão do ser humano, tais como as dimensões sociais e biológicas, e deve ser tratada com a mesma importância. De acordo com os princípios do MSMCBJ (2010),

o movimento de saúde mental comunitária do bom jardim acolhe o ser humano, respeitando suas dimensões bio-psico-sócio-espiritual, promovendo o desenvolvimento dos seus potenciais, através do resgate dos valores humanos e culturais, no sentido de favorecer a qualidade das relações pessoais, interpessoais e comunitária para a promoção do dom da vida.

Tal experiência com a espiritualidade alimenta a cultura de desenvolvimento integral do ser e, neste contexto, foi fundamentada através da CEBs. Segundo Boff (2001), a espiritualidade se difere da religião sendo esta última ligada a dogmas e ensinamentos que podem dar o direito à salvação. A espiritualidade liga-se a valores com qualidades humanas tais como compaixão, tolerância, responsabilidade, perdão e contentamento. Neste caso a OMS, ampara as crenças e saberes vinculados à espiritualidade como algo que reverbera positivamente na saúde da população. Se, por um lado, a Psiquiátrica basagliana gerou movimentos no mundo inteiro a repensar o conceito de saúde, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) afirma sua proposta em novos campos de promoção à saúde, em relação à perspectiva biomédica, reconhecendo terapias espirituais como importantes para a saúde de determinados povos.

3.4 Acolhimento como ato cuidador: a valorização do afeto como auxiliar na promoção da saúde

De acordo com Duarte (2004), o modelo técnico assistencial baseado no paradigma da desinstitucionalização em saúde mental orienta processos e a produção de cuidado que favorecem “acolhimento, vínculo, escuta e compromisso ético-político” (DUARTE, 2004, p.151) com os usuários na forma destes construírem suas histórias individuais e coletivas. Outrossim, a desinstitucionalização também deve buscar uma emancipação terapêutica em seu

favor ao atingir todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional: os técnicos e pacientes que podem se tornar elementos de mudança nas formas de relação e organização no campo do cuidado. O trabalho de desinstitucionalização deve ser um assíduo atuante na elaboração de métodos e tecnologias de cuidado que permitam uma existência mais rica de recursos e possibilidades para pessoas com ou sem transtorno mental. Tais métodos e tecnologias podem habitar, inclusive, em sutis formas de relação social.

Esta desconstrução do manicômio é produzida através de gestos elementares: eliminar os meios de contenção; restabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso dos objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia;¹⁴ abrir as portas; produzir relações, espaços objetos de interlocução; liberar sentimentos; restituir os direitos civis (ROTELLI et al., 2001, p.32-33).

Nesta perspectiva, é possível perceber que o ato cuidador deve ser pensado não somente em termos técnicos, mas, sobretudo, como uma forma de relação humana. Não interessa para o cuidado apenas a aplicação de uma terapêutica: as formas de relação construídas entre usuário e profissional configuram-se como elementos significativos para a desconstrução das relações de tutela. Seguindo esta mesma linha de pensamento, Machado e Lavrador (2001 *apud* ALVERGA; DIMENSTEIN, 2007) denominam de desejos de manicômio aqueles que levam à tutela e à negação da subjetividade do paciente com transtorno mental. Tais desejos encontram-se nas sutis formas de lidar com outros sujeitos. Neste sentido, pensar o ato cuidador também implica em repensar a construção de uma equipe de profissionais, composta por diversos campos de saberes, que consiga a devida comunicação, intercâmbio de conhecimentos e interação para o trabalho com diversas dimensões que constituem a saúde do sujeito. Um grupo de sujeitos que, ao combaterem tais desejos de manicômio, sejam capazes de vivenciar tal combate em si mesmos. A desconstrução do manicômio consiste na recriação de formas de utilizar o conhecimento científico em favor do sujeito com transtorno mental, em especial, que possibilite sua participação em seu processo de cuidado; uma forma de relação que possibilite uma maior interação entre usuário do serviço e o profissional de saúde, a qual pode aumentar o poder contratual (AMARANTE, 1998) e acaba por exigir uma abertura, uma disponibilidade pessoal deste profissional para estabelecer novas formas de relação. Érida, ao relatar sua experiência de cuidado no CAPS, referiu que, em parte, o processo de acolhimento sofreu descaso por alguns profissionais, enquanto que outros demonstravam preocupação e comprometimento com o processo de sofrimento psíquico que ela apresentava.

¹⁴ Ergoterapia se trata de uma forma de intervenção terapêutica utilizada pela psiquiatria tradicional como forma de entretenimento dos sujeitos ditos alienados. Utilizavam recursos artísticos e lúdicos.

(Doutora Helena) Ela não conversa com a gente, ela num olha nem pra gente! Ela num olha pra gente, é diferente do doutor... doutor Carlos. Ele brinca, ele conversa coma gente. Ele brinca, ele conversa. (GF1, L.308-309, P.09).

Merhy (1999) afirma que uma das principais demandas de pacientes não se refere à falta de conhecimento tecnológico dos profissionais, mas a falta de responsabilização e o aparente desinteresse dos profissionais de saúde em relação aos problemas dos usuários. O autor adverte que, além da tecnologia de cuidado denominada levedura, que se trata de um saber bem organizado e normatizado sobre atuação em saúde, há no encontro do profissional com o paciente. Esta se configura como uma tecnologia leve que trata de um processo de relações de interferência mútua entre os dois sujeitos implicados no cuidado. Neste sentido, é preciso ficar atento para o fato de que: como produtor de cuidado, o profissional de saúde não tem demonstrado, em muitos casos, a disponibilidade e o manejo necessários para lidar com pessoas em processo de sofrimento psíquico e, portanto, não leva em consideração a dimensão subjetiva, o cuidado, ou ainda, a negligência e as afetações das quais o profissional também é alvo neste contexto.

Destarte, percebe-se que a construção de formas de cuidado, vinculadas ao paradigma da desinstitucionalização, parecem exigir dos profissionais de saúde disponibilidade de afetar e ser afetado, circular por diversos campos de conhecimento. Esta proposta de cuidado formase neste campo inventivo, que se dá entre usuários de serviços de saúde mental e profissionais de diversos saberes, a partir de uma disponibilidade mútua para o fortalecimento de laços pessoais entre profissionais e usuários. A construção partilhada de um projeto terapêutico eficaz deve se orientar não pela busca pela cura, que em alguns casos não é possível, mas para a recriação de formas de existência que valorizem o sujeito em sofrimento psíquico. Neste sentido, o cuidado e a promoção da saúde, parte dos processos de desinstitucionalização, estariam mais próximos de um ato criativo, sensível, de construção de afetos e afetações, onde é possível elaborar o saber científico de forma contextualizada.

Relembrando o documento em que o MSMCBJ afirma acolher e trabalhar o ser humano em seus aspectos bio-psico-espirituais, desenvolvendo potenciais e a valorização da cultura (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA, 2007), podemos perceber a ênfase na atenção às relações pessoais como prerrogativa para que sua missão se concretize. Outrossim, o MSMCBJ traz de forma enfática na descrição de seus valores e crenças o interesse na construção desta ONG como um espaço de valorização das potencialidades do sujeito, estimulando as relações afetivas como caminho para o crescimento pessoal: “valorizamos e reconhecemos os talentos, estimulando as relações com

transparência e afetividade como oportunidade de crescimento pessoal e profissional” (MOVIMENTO DE SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIO DO BOM JARDIM, 2007, s/ pág.).

O acolhimento surgiu como uma política divulgada e recomendada pelo SUS, por meio da Política Nacional de Humanização, e se propõe a trabalhar e ampliar o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Segundo Tesser et al. (2010), em parte, a proposta de Acolhimento presente em determinadas Políticas de Saúde, como as Estratégias de Saúde da Família, buscam modificar uma cultura de medicalização social que prima por transformar em necessidades médicas vivências e sofrimentos antes resolvidos pelos sujeitos em seu ambiente familiar e comunitário através de outras formas de cuidado. Esta proposta iria de encontro à denominada medicalização social, definida por Martins (2008), como a transformação da identidade do sujeito em uma identidade somática, onde a saúde é imanente ao corpo e onde os sujeitos são submetidos à medicalização como única saída para uma vida saudável. No entanto, o que tem se visto, segundo o referido autor, é uma valorização mais acentuada dessa medicalização social, em detrimento do trabalho de outras dimensões que compõe a saúde do sujeito. A medicalização social acaba por manter uma cultura de visão biomédica sobre a saúde; uma forma de manutenção de algumas práticas pinelianas de cuidado.

Segundo Tesser et al. (2010), de acordo com o conceito de biopolítica, pensado por Foucault, relaciona-se com o processo de regulação médico sanitária entre Estado e indivíduos, produzindo formas de relação, reorganiza formas de vida cotidiana e constitui subjetividades. Nesse contexto, nota-se a construção de um ambiente de patologização de toda queixa, uma espécie de idolatria do corpo, “desligando-a da vida vivida pelo doente, considerando-a realidade distinta e independente” (TESSER et al., 2010, p.3617). Seguindo estes passos, os sujeitos usuários de saúde acabariam por perder gradativamente a autonomia, vinculando-se a um modelo que, de certa forma, implicação na construção de modos de vida dependentes.

Na contramão da cultura da medicalização social, o acolhimento deve envolver interesse, uma abertura pessoal e humana do profissional e uma postura ética de cuidado em relação ao usuário do serviço de saúde. De acordo com Mehy (1999), dificilmente considera-se a dimensão subjetiva do cuidado e tratá-la como questão de relevância para a efetivação desta prática. O acolhimento não se propõe a viabilizar somente um maior acesso a consulta médica, mas servir de elo entre os usuários e as diversas possibilidades de cuidado a partir de suas necessidades específicas tratadas em seu plano terapêutico. Esmeralda refere à importância

de uma forma de atendimento, realizado por padre Rino, focada na escuta na atenção do profissional sobre o sofrimento psíquico por que estava passando.

Aí com ele, as poucas vezes que eu tive contato aqui como médico, né, médico e paciente, né, na verdade pra mim nem funcionou assim. Foi mais um amigo mesmo, né [...] o porque que eu tava triste, eu fui dizer a ele. Aí dizia, chorara, era aquela confusão. E ele só me escutando, né. Aí depois quando eu parava, aí ele ia conversar. (ESMERALDA, GF1, p.2, p.732-737).

Neste sentido, percebe-se que o acolhimento remete-se ao modo como o cuidado em saúde está sendo administrado por determinada entidade de assistência. Coerente com a Reforma Psiquiátrica, o acolhimento, como forma de cuidado, deve tecer convivência, afirmar direitos e produzir formas de liberdade, de o sujeito participar ativamente de seu processo de saúde-doença. Outrossim, segundo Nicácio e Campos (2004), lidar com as situações de crise demandadas pelos serviços de saúde requer.

Arriscar-se a entrar em relação: processo continuamente construído, reconstruído, repensado que, a partir das necessidades dos usuários, da validação de sua singularidade e contratualidade, e criticando as distancias produzidas pelas hierarquias e pelas diversas formas de objetivação e de cristalização das relações, requer proximidade, intensidade de relações e afetos” (NICÁCIO; CAMPOS, 2004, p.75).

Não bastaria o atendimento imediato e diagnóstico preciso: o processo de cuidado em saúde exige uma entrada do usuário no serviço que estabeleçam uma relação de proximidade e, como afirma Boff (2008), uma relação de compaixão. A hierarquização estabelecida nas formas de acolhimento proporcionaria o legado de uma assistência de inferiorização do sujeito em sofrimento psíquico. Esmeralda revela que sua forma de acolhida no MSMCBJ a fez participar mais das atividades da ONG, o que levou a tornar-la uma profissional de cuidado dentro do MSMCBJ:

E sempre tive essa relação aqui no Movimento muito forte, né. Esse acolhimento dele (padre Rino) essa amorosidade não só dele como das pessoas que aqui trabalham. E aí hoje em dia eu já faço é parte do trabalho com o CAPS...(GF.1.P22.711-714).

Outrossim, a experiência afetiva de acolhimento, de profissionais para com os usuários, parece não se constituir como única forma de construir relações afetivas que os leve a prosseguir no tratamento. Como afirma Beto, o encaminhamento que recebeu para participar de uma atividade de grupo fornecida pelo MSMCBJ foi motivador pela possibilidade de interagir com outros sujeitos:

Não. Eu fiquei...tava em conjunto, né? Eu achei melhor ...tava perto das outras pessoa, compartilhando, brincando, me divertindo. Achei melhor. E fiquei...(GF1.P.21.L688-689).

Tal experiência é corroborada por Érida, que, depois de encaminhada para atividade de Fuxico, como grupo de apoio ao seu tratamento no CAPS, afirmou permanecer no grupo apenas pela forma com que foi acolhida pelo grupo e pelos laços afetivos que formou, já que não se identifica com essa forma de expressão artística:

Sicília: Pronto, o que é que mantinha a senhora no grupo?

Érida: O que que mantinha? O que que mantinha? Eu acho mais pela...as meninas. O conjunto de tudo lá: as meninas, que eu brincava com uma, brincava com outra, fazia amizade com uma, fazia amizade com outra. É tanto que eu ainda tenho...eu tenho umas aí eu tenho o número do telefone de umas, aí eu ligo pra elas. Quando eu to daquele jeito, que eu fico sem comer, daquele jeito que eu num saio nem de dentro de casa. Que eu tomo antidepressivo e tomo remédio pra dormir (GF1.P.8L.283-289).

Nesse contexto, o acolhimento se constitui como um elemento de mudança capaz de ampliar as práticas de cuidado e construir projetos terapêuticos que sejam coerentes com a singularidade dos sujeitos; ampliar a proposta de acolhimento entre os usuários, de forma que o processo de acolhimento de constitua em uma rede de cuidado, que não se centralize nas mãos de profissionais de saúde. Neste sentido, como afirma Scholze et al. (2009), o acolhimento pode se constituir em um modo de ser cuidado, um modo de lidar com o cotidiano de cuidado em saúde que permita ações criativas, desencadeando um processo de cuidado em saúde a partir de tecnologia leves, qualificando as formas de interação entre os sujeitos.

Neste quadro de acolhimento e cuidado, evidencia-se a figura das construções sociais de como produzir saúde e como levar em consideração as singularidades, a construção de significados dentro da experiência com a saúde mental, a construção de subjetividades que convivem com esta experiência e de que forma tais significados apontam para a construção de modos de viver o processo saúde-doença.

Na perspectiva histórico-cultural, a partir de Vygotsky (2004), o ser humano se constitui como um sujeito simbólico, onde as formas de significar e viver se fundamentam a partir dos significados sociais e de sua singularidade. Nesta perspectiva, as formas de viver o sofrimento psíquico apontam para a construção de significados e sentidos pessoais sobre as formas de viver com transtorno mental, e onde a construção de recursos diversos para lidar com o processo de saúde-doença pode constituir instrumentos fundamentais para a transformação da maneira como o sujeito com transtorno mental interage e resignifica a realidade.

4 ARTE: RECURSO POTENCIALIZADOR DO DESENVOLVIMENTO DO SUJEITO HISTÓRICO-CULTURAL

Quando nos dedicamos, com o coração, à busca do autoconhecimento, é inevitável que chegue um instante em que algumas mentiras que contávamos para nós mesmos passem a não funcionar mais. [...] em vão. Impossível devolver a linha ao novelo depois que a consciência já teceu novos caminhos. [...] Não há como retornar ao lugar onde a nossa vida dormia antes de cruzá-las. Da estreiteza à expansão. Da semente à flor. Do casulo às asas, nos ensinam as borboletas.
(Ana Jácomo)

Em um capítulo anterior abordamos a temática do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a implementação de práticas de cuidado que buscam estar coerentes com sua proposta. Veremos neste capítulo que a arte se tornou um recurso de cuidado que possivelmente favoreceria o processo de desinstitucionalização. No entanto, antes da Reforma Psiquiátrica, a arte já vinha sendo utilizada como recurso de cuidado em saúde mental. No Brasil, Osório César, em 1925, e Nise da Silveira, em 1946, desenvolveram trabalhos com pessoas com transtorno mental em instituições psiquiátricas de uma forma diferenciada do tratamento moral bem difundido entre os profissionais de saúde mental da época. Segundo Tommasi (2005), Osório César foi o primeiro psiquiatra brasileiro a documentar trabalhos de expressão artística com “loucos”. O Psiquiatra desenvolveu seus trabalhos no Complexo Hospitalar de Juquery, de 1923 a 1965, desenvolveu um artigo denominado “A arte primitiva dos alienados”, em 1925, e, na década de 50, fundou a Escola Livre de Artes, onde foram realizadas algumas exposições.

Nise da Silveira começou seu trabalho com pessoas com transtorno mental em 1933 e, por volta de 1946, começou a utilizar a arte como instrumento de trabalho. Vale salientar que, segundo Melo (2001), a psiquiatra que desenvolveu importantes trabalhos no campo da saúde mental através da arte, saiu do setor de psiquiatria para dedicar-se ao setor de terapia ocupacional por afirmar que, diante do fato de que não concordava com o tratamento moral destinado a pessoas com transtorno mental (eletrochoques, lobotomia, dentre outros), concluiu que não servia para ocupar a função de médica. Dessa forma, solicitou ao diretor do Centro Psiquiátrico do Hospital Engenho de Dentro, onde trabalhava, que encontrasse para ela outra tarefa dentro da instituição. Neste momento, foi-lhe incumbida a tarefa de realizar trabalhos no setor de terapia ocupacional, um campo desacreditado por boa parte da psiquiatria tradicional. Neste setor, desenvolveu trabalhos de arte com os internos e realizou exposições dos trabalhos destes no Museu de Arte Moderna de São Paulo e na Câmara Municipal, no Rio de Janeiro. Em 1952, fundou o Museu de Imagens do Inconsciente,

o qual recebeu reconhecimento internacional sendo visitado por diversos profissionais da saúde, dentre estes, Carl Gustav Jung, criador da Psicologia Analítica.

Por outro lado, a arte também ganhou seu espaço na psiquiatria tradicional através da ergoterapia. Segundo Lima (2004), essa prática tinha como objetivo a ocupação dos pacientes de instituição psiquiátrica, através de trabalhos repetitivos e monótonos. De acordo com a autora, esses trabalhos tiveram menor investimento por parte dos profissionais, a medida que houve ascensão no tratamento com base no conhecimento biológico da saúde dos pacientes. O tratamento moral desenvolvido nestes espaços sofreu profundas críticas pela Reforma Psiquiátrica que, por sua vez, também fez uso da arte e do artesanato como promoção do processo de desinstitucionalização. Destarte, é possível visualizar que a entrada da arte no cuidado em saúde mental iniciou-se como um tratamento terapêutico ou ocupacional.

A relação da arte com as políticas públicas brasileiras para a saúde mental, a partir da instituição de novas práticas advindas com o movimento da Reforma Psiquiátrica, constituiu-se como uma forma de cuidado que buscava instituir um freio na supervalorização da racionalidade, além de promover maneiras inventivas de existência e valorização da diversidade nas formas de expressão humanas. Nesse contexto, a arte-terapia recebeu investimento de profissionais de diversas áreas da saúde.

Este trabalho terá como principais aportes teóricos as perspectivas de Ostrower (1995; 2007), Vygotsky (1999) e Paz (1998) sobre arte. Considerando que as concepções de arte destes autores possuem muitos pontos de aproximação, dentre os quais, arte como forma de expressão cultural, como recurso para exercício da criatividade capaz de promover transformação pessoal e social, como meio de expressão e elaboração de emoções e enquanto instrumento capaz de fortalecer laços afetivos e culturais entre os sujeitos.

Nesta perspectiva, se, por um lado, a arte se revela como um recurso que potencializa o cuidado em saúde mental através da valorização de uma diversidade de formas de expressão, por outro lado, a arte pode se tornar um caminho de sociabilidade através da expressão da cultura, das emoções e da criatividade. A importância da criatividade na expressão artística considera o ser humano como ser consciente-sensível-cultural, termo utilizado por Fayga Ostrower (2007). Outrossim, Paz (1998) vai ao encontro com a concepção de arte de Ostrower (2007) quando tais autores não assumem uma postura de definição subjetiva do que seja arte. Destarte, arte seria o sentido que o sujeito daria para ela. Da mesma forma, ambos não fazem diferença entre arte e artesanato. Artesanato poderia ser uma forma de expressão artística, assim

como tantas outras (Paz, 1998). Sendo assim, arte poderia ser designada como toda atividade humana capaz de ser definida por pelo próprio sujeito como arte. Outrossim, vale notificar que Paz (1998) não faz distinção entre arte e poesia. Para este autor ambos são sinônimos.

De acordo com Vygotsky (1999; 1930), Ostrower (1995; 2007) e Paz (1998), a atividade artística envolve emoções, criatividade, transformação do sujeito, construção da subjetividade, conhecimento e valorização de si mesmo, construção de novos olhares sobre o mundo, exploração dos sentidos e de valorização da cultura. Segundo os autores, a construção artística pode ser feita pelo próprio construtor da obra como pelo expectador: ambos levariam a construção da subjetividade. Por fim, na perspectiva de Paz (1998), arte seria qualquer coisa que o sujeito poderia designar como arte: andar de bicicleta, pintar um quadro, falar, interpretar, um modo de ser e de se expressar, dentre outras atividades humanas. Arte é, neste caso, uma definição subjetiva que implica necessariamente em emoção, consciência e criatividade.

A partir do exposto no presente capítulo, nos propomos a discutir a arte como recurso de cuidado em saúde mental a partir de uma perspectiva histórico-cultural, tendo como foco a produção de sentidos. Outrossim, serão utilizados autores que trabalham com saúde mental e com arte para o enriquecimento da discussão.

4.1 Arte como recurso de cuidado em saúde mental

*Porque unindo pedaços de palavras
aos poucos vai unindo argila e orvalho,
tristeza e pão, cambão e beija-flor,
e acaba por unir a própria vida
no seu peito partida e repartida.
(Thiago de Mello)*

De acordo com Silva (2004), muitas instituições psiquiátricas tradicionais são responsáveis por um processo de mortificação de subjetividades das pessoas com transtorno mental, onde as formas de tratamento vão minando a relação deste sujeito com seu contexto social e cultural. Segundo o autor, a tentativa de buscar formas de cuidado que vão de encontro às abordagens tradicionais em saúde mental geram a necessidade de fomentar debates, entre campos de conhecimentos diferenciados, que apontem práticas e conceitos que não se fundamentem na tutela e desmerecimento da pessoa com transtorno mental.

Neste contexto, é encorajada a busca por outras formas de escuta e de promoção de saúde, que não se restrinjam à medicalização e a abordagem dentro do consultório, os quais não deixam de ser importantes neste processo. Tais formas são construídas através de novas experiências com

o fenômeno da enfermidade mental, através de novos dispositivos. Dessa forma, encontramos neste novo cenário a inclusão de arte-terapeutas, cientistas sociais e outros profissionais que não trabalham, necessariamente, no campo da psicologia, mas trazem novos olhares acerca da relação de cuidado estabelecida entre o profissional e a pessoa com transtorno mental. Neste sentido, pareceu insurgir dentro do cenário do cuidado a importância de somar uma diversidade de outros recursos à medicalização, para que a integralização na assistência, considerando o ser como bio-psico-social fosse efetivamente considerada na abordagem para promoção à saúde.

A ideia de sujeito bio-psico-social veio com o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde em 1989, a Lei Paulo Delgado, apresentado ao Congresso Nacional, indicava um novo modelo de tratamento e assistência em saúde mental. Tal projeto não virou lei, mas seu substitutivo, trouxe uma nova orientação redirecionando os serviços para a base comunitária. Amarante (2007) situa um novo direcionamento para abordagem em saúde mental apontando para um novo lugar social do sujeito com transtorno mental. Para o autor, a saúde mental não diz respeito somente à psicopatologia e aos estudos e tratamentos de transtornos mentais: diria respeito a uma rede complexa de saberes constituindo-se como um campo polissêmico e plural relacionado não somente a um sujeito, mas a uma coletividade.

Neste contexto, Amarante (2007) denuncia que o modelo psiquiátrico tradicional rouba a razão do sujeito e o institui incapaz. Através da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a processual transformação da ciência, voltada ao tratamento dos sujeitos ditos alienados, trouxeram a necessidade de lidar mais com pessoas do que com doenças e, dessa forma, rompendo com um modelo teórico-conceitual e uma nova atenção à um novo campo voltado ao cuidado em saúde mental, considerando o ser bio-psico-social, trazendo uma nova imagem aos sujeitos em sofrimento psíquico e, com isto, o desafio da construção criativa de novas práticas voltadas a este “novo sujeito”.

Este ser humano não se configuraria mais como um corpo biológico a ser objeto de tratamento, nem mesmo a saúde mental se configuraria como intervenções medicamentosas e cirúrgicas neste corpo, de forma restrita. O “novo sujeito” da Reforma Psiquiátrica Brasileira seria um sujeito constituído psicologicamente e socialmente, além de ser um sujeito biológico, de forma que os trabalhos em saúde redirecionados à base comunitária deveriam levar em consideração tais perspectivas na elaboração de suas práticas. Tal ponto de vista vai ao encontro com a visão de sujeito simbólico e socialmente constituído elaborado por Vygotsky (2001a; 2004). Tal sujeito constitui-se na coletividade e sob o olhar do outro, em sociedade,

desenvolve-se, constrói sentidos e significados, interage e atua no meio social através atividade mediada pelos signos. Este sujeito se constitui através de outros sujeitos e da cultura em que está inserido. Nesta perspectiva, o sujeito não nasce pronto: ele desenvolve-se bio, psico e socialmente através da cultura e das interações com outros sujeitos. Ele possui funções psicológicas superiores, diferente de outros animais, e constitui-se um sujeito eminentemente social. Seu desenvolvimento depende das formas como ele se envolve socialmente. O sujeito das dimensões biológico, psicológico e social trazido pela Reforma Psiquiátrica aproxima-se do sujeito proposto por Vygotsky por considerarem essas dimensões como imprescindíveis para o desenvolvimento humano e sua saúde.

De acordo com o Furtado (2009), fundamentado nas ideias de Vygotsky (2001a; 2004), as raízes do surgimento da consciência do homem não devem ser procuradas através de uma investigação sobre a “alma”, mas nas condições de uma vida sócio-historicamente constituídas. A linguagem permitiria a retenção da memória e a utilização de objetos sem sua presença, criando, dessa forma, um mundo de imagens internas. O sujeito seria capaz de lidar de outra forma com o tempo, tornando-se capaz de antecipar seu comportamento final. A linguagem seria um processo que permitiria a abstração e a generalização. Neste sentido, a palavra se torna meio de comunicação e instrumento do pensar. Por meio da linguagem, dá-se forma à imaginação, a qual, por sua vez, permite a reestruturação das emoções. O sujeito torna-se capaz de significar, desenvolve uma consciência sobre o mundo. O sujeito desenvolve-se socialmente de forma que, para viver em sociedade, faz-se necessário que aprenda com sua cultura e desenvolva-se através da atividade mediada. No processo de apropriação do mundo, o sujeito constrói a sua própria natureza.

Tal perspectiva se aproxima com as ideias de Ostrower (2007), segundo a qual a arte constitui como um espaço de desenvolvimento do potencial consciente-sensível-cultural dos sujeitos. De acordo com a autora, a natureza criativa do ser humano é desenvolvida de acordo com a história e a cultura de sua época, sendo constituída e, ao mesmo tempo, constituinte das particularidades de uma época e de um povo. Se, por um lado, a possibilidade de criação não é restrita ao contexto das atividades de arte, para que a atividade de arte seja possível os processos de criação devem-se ser possibilitados. Criar estaria ligado à capacidade de compreender e de significar sua vida, à capacidade e necessidade de ordenação interior, do meio em que vive e de si mesmo.

De acordo com Valladares (2004), a arte-terapia, através da reabilitação psicossocial, foi uma das primeiras atividades de arte voltadas para pessoas com transtorno mental, onde a reabilitação psicossocial era vista como, de acordo com Tavares (2004), um espaço de oportunidade de rompimento do isolamento social, assinalando a vivência subjetiva do sujeito junto aos demais, assegurando a cidadania do sujeito com transtorno mental. Segundo Ciornai (2004), existe uma concepção amplamente divulgada de que arte-terapia é uma denominação que designa o uso de recursos de arte em espaços terapêuticos. Tal concepção revela apenas em parte a proposta de atuação deste campo de trabalho que possui interfaces, mas, também, uma especificidade própria. Arte-terapia não trata da junção da psicologia com a arte e sua utilização em espaços terapêuticos, mas trata-se de um campo de conhecimento com corpo teórico e metodologias próprias. A arte-terapia envolve estudos sobre autores específicos desta área, o conhecimento de processos psicológicos que derivam do uso deste recurso, estudos sobre processos criativos e de cura, conhecimentos sobre as propriedades terapêuticas dos materiais e técnicas utilizadas e o trabalho sobre a vivência pessoal do facilitador. Por outro lado, a arte-terapia pode ser trabalhada em diferentes contextos, sob orientações teóricas diversas e abrange um conjunto diferenciado de campos de atuação. De acordo com Ciornai (2004), a arte-terapia se difere da terapia ocupacional por não ter o objetivo de promover uma ocupação do sujeito, mas facilitar experiências de criação, autoconhecimento e crescimento pessoal.

Segundo Kantorski (2004), desde 1990 centenas de serviços em saúde mental foram disponibilizados no Brasil visando atender a política de saúde mental brasileira, a qual, por sua vez, encontrava aproximações com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Tais serviços, em grande parte, compõem dispositivos de tratamento alternativos à internação. Por outro lado, apesar da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira ter sido sancionada em 7 de abril de 2001, depois de 12 anos de tramitação, ainda acentua-se a necessidade de formatar o projeto pedagógico de cursos universitários da área da saúde para lidar com esse novo modelo de cuidado em saúde mental, sob o risco de se favorecer saberes e práticas manicomialistas.

A utilização da arte em oficinas terapêuticas é situada por Cedraz e Dimenstein (2005) como espaços que fazem uso de diversos recursos. Tais oficinas encontram-se, a partir do ideário da Reforma, amparadas pelo paradigma da Reabilitação Psicossocial. Esta última tem por finalidade recuperar a cidadania do sujeito com transtorno mental “por meio de ações que passam fundamentalmente pela inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e/ou em atividades artísticas, artesanais, ou em dar-lhe acesso aos meios de comunicação” (RAUTER, 2000, p.268 apud CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005). No entanto, as autoras

pontuam a importância de demarcar a diferença entre Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial. A primeira visa levar a diferença aos iguais, partindo do princípio de que todos são diferentes. A segunda, na perspectiva das autoras, parte do registro da falta, da ideia de que o sujeito com transtorno mental não consegue realizar algumas atividades que as pessoas sem transtorno conseguem. Nas palavras de Cedraz e Dimenstein (2005), “enquanto a reabilitação objetiva reinserir o indivíduo na sociedade, a desinstitucionalização se preocupa em transformá-la” (p.307). Neste sentido, enquanto algumas experiências em arte buscam a reabilitação psicossocial do sujeito, outras buscam estar coerentes com o processo de desinstitucionalização e, assim, promover uma mudança para além dos muros da instituição de saúde mental.

No entanto, a Organização Mundial de Saúde (1996, p.2) tem uma concepção positiva quanto aos benefícios da Reabilitação Social para os usuários de serviços de saúde. Segundo a mesma, Reabilitação Psicossocial é definida como¹⁵

um processo que busca facilitar a oportunidade para indivíduos que se encontram prejudicados, incapacitados ou apresentam deficiência devido a uma desordem mental. Implica em uma melhora nas competências individuais e dá início a mudanças ambientais a fim de criar a melhor qualidade de vida possível para pessoas que apresentam experiência de desordem mental, ou que comprometimento de sua capacidade mental que produz um determinado nível de deficiência.

Tendo como objetivo minimizar as desvantagens e incapacidades destes indivíduos, valorizando as escolhas individuais, a reabilitação psicossocial se insere como tecnologia de cuidado introduzida nos serviços de saúde mental e definida pela Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial como um processo que busca facilitar a oportunidade para que pessoas prejudicadas, por alguma desordem mental, alcance alguma forma de independência na sociedade.

De acordo com Valladares (2004), que a Reabilitação psicossocial, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, surgiu como uma proposta de criação de atividades que buscam favorecer as possibilidades de recuperação dos doentes mentais através de ações que envolvem a o indivíduo, a família e a comunidade. A partir disso, foram criados modelos de atuação interdisciplinar junto a pessoas em sofrimento psíquico onde as oficinas terapêuticas assumiram importante papel enquanto espaços de revitalização do cotidiano a

¹⁵ Citado nas referências como World Health Organization. Psychosocial Rehabilitation- a Consensus Statement. Tradução da pesquisadora.

partir da criatividade e do afeto. Criatividade esta que dá espaço a criação de novos significados no contexto em que vive o sujeito com transtorno mental.

Apresentado o percurso histórico que utilizou a arte como forma de cuidado nas oficinas propostas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e compreendendo o ser bio-psico-social em sua dimensão criativa, vamos tratar a arte como produtora de sentido e subjetividade pelo sujeito histórico-cultural.

4.2 A arte como produção de sentido e subjetividade pelo sujeito histórico-cultural

Atravessou o túnel especulando sobre o que poderia em seu fim encontrar. Posicionou-se diante da grande árvore, fabuloso ser perscrutador, raivoso, sedento de vida. Frente àquela austera casca que envolvia o Baobá, reduziu-se ao tamanho e vivacidade de uma criança. Sentiu-se feliz. Não mais meus problemas! - necessidades imperativas de um mundo convencionado. Não mais falsas paixões! – repetição irrefletida, automática, de um corpo estagnado. Era pequeno de novo e assim era melhor. Deu-se conta então de um rangir longínquo, proveniente do túnel. Cada vez mais forte, mais perto, vinha ricocheteando pelas paredes, de todos os lados, acertou-o no peito: Cante! O corpo estrondeou. Antes de aprumar-se novamente, a boca da grande árvore abriu-se e de dentro uma ventania tempestuosa vociferou: Dance! Atentou um pássaro em voo rasante: seu grito ressoava dentro do crânio: Declame! Deleite puro, arrepio fervoroso, gozo. Dentro de si, construía-se um novo espaço, arriscado e instigante: um palco.
(Jorge Melo)

Fundamentados nas ideias de Vygotsky (2004), é possível pensar que através da arte o sujeito possa desenvolver mecanismos semióticos através dos quais, tal sujeito construa novas concepções de si, do mundo, desenvolva a consciência e transforme o seu jeito de ser e de se expressar. Outrossim, a criatividade é uma função psicológica imprescindível à construção de novos sentidos, os quais orientam as ações humanas.

Na dimensão da subjetividade encontra-se a intenção, a afetividade, o pensamento e a consciência. A consciência é a função psicológica através da qual se pode ter acesso aos sentidos construídos pelos sujeitos. Em Vygotsky (2004a), a consciência pode ser definida como um entrelaçamento de sistemas reflexos, mas não se constitui como um reflexo, do mesmo modo que não é um “mecanismo interno”. Sentidos e significados compõem esta consciência, a qual possui origem social, já que os reflexos reversíveis originados da palavra servem de fundamento para a comunicação social e para a coordenação coletiva do comportamento. De acordo com Barros et al. (2009), na abordagem “vygotskyana”, o estudo da consciência humana está na relação entre pensamento e palavra, o que leva Vygotsky a

considerar a palavra como microcosmo da consciência. Nesta perspectiva, a palavra não é simples expressão do pensamento, mas a própria realização do pensamento.

Para Vygotsky (2000), o sentido não se restringe à linguagem, de forma que “As palavras podem existir sem sentido, de igual maneira o sentido pode existir sem a palavra” (VYGOTSKY, 2000, p.467). De acordo com o autor, as palavras mudam facilmente de sentido quando utilizadas em contextos diferentes. O sentido promove um enriquecimento das palavras a partir do contexto em que é utilizada, visto que a palavra incorpora os conteúdos intelectuais e afetivos e, com isso, se movimenta para além dos limites do significado. O sentido real da palavra é determinado pela relação da palavra com a riqueza dos momentos existentes na consciência. Inspirado na definição de sentido elaborada pelo psicólogo Frederic Paulham, Vygotsky (2000) afirma que a construção de tais sentidos fundamenta-se na compreensão do mundo e no conjunto da estrutura interior do indivíduo.

Leontiev (1978) refere que a significação constitui a generalização da realidade e da experiência humana cristalizadas em um vetor sensível, tal como a palavra, e consiste na forma pela qual o sujeito assimila essa experiência de forma individual. Na perspectiva “vygotskyana”, o signo constitui a unidade de análise do comportamento humano capaz de incluir todas as manifestações psicológicas do ser humano. De acordo com Barros et al. (2009), por estar na intersecção entre pensamento e linguagem, o significado da palavra compõe a “unidade de análise da relação historicamente constituída entre pensamento e linguagem” (p.178). Estes significados constituem-se na ontogênese, o que significa a inconstância e mutabilidade destes diante do desenvolvimento humano e dos diferentes modos de funcionamento do pensamento. A cultura proporciona os instrumentos simbólicos para o desenvolvimento da consciência e das funções psicológicas superiores. Tal desenvolvimento consiste na individualização do ser humano através do meio social. Nesse contexto, o sentido revela a singularidade da constituição do sujeito, expondo as formas diversas com as quais o sujeito se apropria da realidade objetiva, pensa, sente e age sobre a mesma.

Podemos perceber em Meuri uma transformação na significação de um acontecimento em sua vida. Antes de inserir-se no MSMCBJ, Meuri foi agredida pelo Marido e ficou com um problema de deslocamento no braço. No espaço de arte, esta experiência pôde ganhar novo significado.

Sicília: A senhora se considera artista?

Meuri: Me considero.

Sicília: a senhora já foi pra alguma apresentação, uma exposição, um evento de arte?

Meuri: Já fui pro centro de convenção...a minha, a minha primeira passeata foi no centro de convenção, que eu me sentia assim...maravilhosa, orgulhosa no mei dum bocado de gente. Mas só que a peça que fui fazer que era com o padre Rino [...]Jera todo mundo e eu na hora da apresentação meu braço caiu, é...descolocou do lugar, como que eu tivesse fazendo a peça alejada, né. Eu fiquei fazendo a peça como que eu tivesse alejada. E a peça todo mundo ficou maravilhoso, gostou todo mundo. Não deixa que a peça era o quê? A pobre da Maria caiu o braço e ali tava fazendo aquela peça como que eu fosse um...ai, meu Deus, e o povo tudo passado, depois das coisa, que eu fui falar...o padre Rino até que disse: você é corajosa. Com essa coragem toda, porque você descolocar um braço minha fia, é dor

(MEURI,GF2,L197-210,P.7).

Através da experiência da arte ela pôde resignificar uma experiência de sofrimento com o marido (deslocamento constante do braço) para a significação de si mesma como uma mulher corajosa e que usa a criatividade para lidar com um imprevisto. Uma mulher que citada por ela mesma como uma mulher orgulhosa de si.

A capacidade de modificação de sentidos de experiências vividas através da arte pode ser percebida ao Meuri ganhar um novo espaço para reviver a experiência de sofrimento pôde aprender a lidar com ele de outras formas. Outrossim, o contexto de produção do sujeito histórico-cultural considera o outro na significação de si mesmo. O sujeito constitui-se socialmente, elaborando criativamente os significados sociais e apropriando-se deles de forma singular através dos sentidos. Neste contexto, é possível perceber que padre Rino referiu-se a Meuri como uma mulher corajosa, o que colaborou na significação dela sobre si mesma. Para Meuri, nesse contexto, a experiência artística teve sentido de valorização de si mesma e resignificação de uma experiência de sofrimento.

De acordo com Paz (1998), na arte, ou poesia, como designa a arte de uma forma geral, é o sujeito quem dá significado aos acontecimentos. Através do componente imaginativo da arte, podemos experimentar formas diferenciadas de enxergar a realidade. A beleza ou a feiura podem aparecer e tornar algo de pouco valor em um acontecimento de experimentação e transformação dos sentidos em relação àquele objeto ou experiência. Segundo o autor, os objetos ou experiências podem transcender os limites de sua linguagem fazendo emergir novos significados.

La piedra triunfa en la escultura, se humilla en la escalera. El color resplandece en el cuadro; el movimiento del cuerpo, en la danza. La materia, vencida o deformada en el utensilio, recobra su esplendor en la obra de arte. La operación poética de signo contrario a la manipulación técnica. Gracias a la primera, la materia reconquista su naturaleza: el colores más color, el sonido es más sonido[...]Palabras, sonidos, colores y demás materiales sufren una transmutación apenas ingresan en el círculo de la poesía. Sin dejar de ser instrumentos de significación y comunicación, se convierten en “outra cosa”[...]ser un gran poeta: alguien que trasciende los límites de su lenguaje (PAZ, 1998, p.15).

Segundo Namura (2004), a contribuição de Vygotsky na formulação da categoria “sentido” foi a de ressaltar a natureza especificamente humana e sua capacidade de autoprodução através de seus modos de existência. Aguiar (2009) esclarece que, na perspectiva “Vygotskyana”, o significado constitui uma construção social de origem convencional, elaborado historicamente, que a pessoa encontra ao nascer. O sentido é constituído a partir da vivência pessoal do sujeito diante dos significados com os quais ele se depara em sua vida. Dessa forma, falamos em sentido quando nos referimos ao novo que o sujeito é capaz de produzir. Este sentido pode conter elementos contraditórios incluindo emoções, afetos, prazer ou desprazer. Segundo González Rey (2002, p.185), “a realidade é vivida em forma de sentido no plano subjetivo” onde a subjetividade integra pensamentos, emoções e memória de situações vividas que se organizam em uma multiplicidade de sentidos subjetivos.

De acordo com Aguiar (2009), ao nascer, a pessoa se depararia com significações historicamente constituídas. Ela as incorporaria segundo a sua vivência pessoal, atribuindo-lhes sentido. Fazendo parte deste sentido está o significado, como elemento mais estável. Dessa forma, o sentido torna-se elemento fundamental para a compreensão da constituição da subjetividade e das práticas sociais orientadas pelos sentidos.

É mister, pois, compreender os sentidos, sem nos limitar à aparência, de modo a encontrar explicações que revelem e explicitem as formas de pensar, sentir e agir. Mediante a apreensão dos sentidos e a busca de determinações, poderemos investigar a constituição sócio-histórica, única e irrepetível do sujeito (AGUIAR, 2009, p.106).

Os significados são produções históricas e sociais que permitem a comunicação e se constituem como uma generalização (VYGOTSKY, 2001). No campo psicológico ele se constitui de uma generalização, ou ainda, um conceito. Por outro lado, o sentido constitui a articulação dos eventos psicológicos que o sujeito produz frente a uma determinada realidade. O sentido está relacionado às necessidades que mobilizam as pessoas e a atividade humana decorrente desta. O sentido constitui a singularidade historicamente mediada do indivíduo. De acordo com Aguiar e Ozella (2006), “o sentido coloca-se em um

plano que se aproxima mais da subjetividade que com mais precisão expressa o sujeito, a unidade de todos os processos cognitivos, afetivos e biológicos” (p.227). Segundo os autores, com base nas ideias de González Rey (2003), o sentido recria o significado, ele não obedece a uma lógica racional externa, mas refere-se à apropriação criativa dos significados que o sujeito encontra no meio em que vive.

Para Aguiar e Ozella (2006), compreender os sentidos envolve apreender os mecanismos que mediam a sua constituição. Dessa forma, faz-se necessário, para a compreensão dos sentidos, considerar que as expressões humanas são tanto cognitivas como afetivas e que, sendo os sentidos construções emocionalmente mediadas, é necessário compreender o caráter emocional da subjetividade humana.

De acordo com Aguiar e Ozella (2006), o sentir é um fator constitutivo do atuar e pensar. Para Vygotsky (2004a, p.16), os “afetos são estados corporais que aumentam ou diminuem a capacidade do corpo para a ação, favorecem-na ou limitam-na, assim como as ideias que se tem sobre esses estados”. Se por um lado as emoções e os afetos atuam motivam a ação humana, por outro, as emoções medeiam, também, a construção dos sentidos que coordenam estas ações e se reconfiguram permanentemente através da atividade humana. Os autores ressaltam também a importância de compreender as necessidades e motivos para a compreensão dos sentidos.

Meuri relata uma grande motivação e importância na participação no teatro. Para ela essa atividade artística significou uma nova vida, em especial, através da aprendizagem de algo novo. O sujeito simbólico de Vygotsky é o ser humano da aprendizagem que, através da interação com outros sujeitos, pode construir algo e dar sentido a esta atividade. Nestas atividades citadas por Meuri, ela refere a arte como uma atividade vitalizadora, capaz de promover aprendizagens e interações com outras pessoas. A motivação de constituir-se parte do grupo de arte a partir destes sentidos, mobilizando desejos e afetos dentro de um grupo social, aprendendo, sentindo-se vitalizada, ativa e valorizada. A dor sentida por Meuri quando seu braço se deslocou, significando a lembrança de uma violência sofrida que se vincula ao desenvolvimento de seu transtorno mental, reinculcou-lhe sentidos de resistência e de auto-afirmação no contexto de arte. Meuri, neste contexto, não era mais, fundamentalmente, a mulher violentada pelo marido; Meuri apresentou-se como a atriz inventiva que redirecionou a estória da esquete teatral e resistiu à dor, compensada pela superação de sua criatividade diante de suas limitações.

A resignificação de sua relação com a dor na peça aponta para a construção de novos sentidos de sua vida e dos modos de lidar com ela.

Sicília: Como é assim essa participação no teatro? Como é que a senhora...

Meuri: No teatro eu sou...eu tenho nova vida, né. Eu tenho nova vida, né, no teatro, que é arte. O teatro foi quem me deu vida [...] Deu muita vida porque, assim, quando eu cheguei logo ali na casa de aprendizagem, eu num sabia de nada. Sabia de nada. Eu comecei o que? Fazendo retalhinho, costurando retalhinho de pano, né? Comecei a costurar retalhinho de pano. Depois do retalhinho de pano passei pra...pra... conversar com os pessoal, a falar. Isso aí, tudo isso a...me cativaram muito bem. Depois passou pra mói de é...fazer...ensaiar (MEURI,GF2,L.128-136,P.5).

Sicília: E como é que a senhora vê é... a sua participação na atividade de arte? O que que essa arte contribuiu ou não contribuiu pra saúde da senhora?

Meuri: Assim, porque quando eu....eu vou, eu vou fazer teatro...humhum... eu tenho que tá...o quê? Eu tenho que tá...é...bem ativa, eu não quero ficar doente também porque eu tenho que assumir uma coisa que eu gosto, então eu não quero...eu não quero ficar...com meu a...com minha auto estima baixa. Eu tenho que tá com ela elevada. Então eu me sinto assim que...eu quero ela elevada, eu não quero ela baixa,porque se eu tiver baixa eu to...num faço nada. Eu tenho que tá com minha auto estima lá em cima. Hum-hum...E toda vida que eu vo fazer as coisas, se eu tiver pensando assim: Ai, meu Deus do céu, hoje eu não vou porque eu to...num to conseguindo, num to...não, eu tenho que ir (MEURI,GF2,L.143-153,P.5).

De acordo com Leontiev (1978), o motivo deve indicar aquilo que a necessidade do sujeito pode se concretizar em um objetivo e através do qual a atividade deve se orientar. Dito de outro modo, através de uma experiência significativa, o sujeito entra em contato com um momento de satisfação de necessidade e tal atividade é percebida como estimuladora e, por isso, torna-se um motivo. Nesta perspectiva, todo motivo corresponde a um sentido que orienta o sujeito a determinada atividade. Segundo Leontiev (1978), a compreensão do sentido pessoal implica em descobrir o motivo que lhe corresponde.

Segundo Paz (1998), a arte seria um encontro consigo mesmo e com o outro, através de uma expressão legítima do que é sentido por um sujeito criador e que encontraria um “eco” no receptor. A arte seria uma espécie de superação, algo que exigiria criatividade e envolvimento, emoção, motivação, apropriação e transformação. A poesia se daria em diversas formas de expressão além da forma verbal, entre as reconhecidas formas artísticas ou não, como uma forma de perceber e estar no mundo.

4.2.1 O Sujeito Histórico-Cultural

*Não, não tenho um caminho novo. O que tenho de novo é o jeito de caminhar.
(Thiago de Mello)*

A linguagem a partir de Vygotsky (2001) é o produto de uma coletividade, surge no processo de hominização que se iniciou imersa em uma atividade prática e depois foi progressivamente adquirindo autonomia em relação ao contexto imediato, libertando-se do tempo presente e dos limites do campo perceptivo, fazendo o ser lidar com o mundo também através de símbolos. Segundo Lane (1987), a linguagem a partir de Vygotsky reflete uma visão de mundo, reproduzindo conhecimentos e valores associados as práticas sociais que se cristalizam no grupo social. Deste modo, ao apropriar-se da linguagem, o indivíduo passa a apropriar-se também de funções importantes na organização de formas superiores de pensamento. De acordo com Molon (2003), Vygotsky teria priorizado a questão da linguagem e dos mediadores semióticos os quais possibilitam a construção simbólica da realidade concreta do sujeito.

De acordo com Pino (1991), a constituição do sujeito em Vygotsky se daria através da relação eu-outro como lugares simbólicos e seria o fundamento da intersubjetividade humana. Tais lugares simbólicos definem o encontro entre o mundo público e o particular, que, de acordo com Molon (2003), no embate de se opor e negar um ao outro se constituem mutuamente. Neste sentido, o processo de formação da consciência, através da internalização, constitui a subjetividade através das situações de intersubjetividade, possibilitadas pela mediação simbólica, em que a linguagem assume papel principal na constituição do sujeito.

De acordo com o Furtado (2009), a linguagem seria um processo que permitiria a abstração e a generalização. Neste sentido, a palavra se torna meio de comunicação e instrumento do pensar. Por meio da linguagem, dá-se forma à imaginação, a qual, por sua vez, permite a reestruturação das emoções. O sujeito desenvolve-se socialmente de forma que, para viver em sociedade faz-se necessário que aprenda com sua cultura e desenvolva-se através da atividade mediada. No processo de apropriação do mundo, o sujeito constrói a sua própria natureza, “cada indivíduo aprende a ser um homem. O que a natureza lhe dá quando nasce não lhe basta para viver em sociedade. É-lhe ainda preciso adquirir o que foi alcançado no decurso do desenvolvimento histórico da sociedade humana” (FURTADO, 2009, p.80).

Neste contexto da experiência relatada por Meuri, a interação como o grupo trouxe outras experimentações. No caso, Meuri associa sua experiência de arte de sensação de liberdade, aprendizagem e valorização de si e de suas obras. Na perspectiva “vygotskyana”, o sujeito

em desenvolvimento, através da atividade mediada, pode construir sua autoregulação, sua autonomia e, neste caso, sentir-se um ser humano mais completo possibilitado através dos instrumentos e possibilidades que a arte proporcionaria. Através do grupo, o olhar do outro traria novos significados, sensações, emoções e ajudaria a construir novos sentidos. Neste espaço, Meuri experimentou no grupo a valorização dos próprios artefatos. Se antes Meuri percebia-se como alguém que sabia muito pouco, através da arte ela relata ser um sujeito capaz de aprender, um sujeito capaz de construir este novo significado sobre si mesma e atuar no mundo a partir desta diretriz.

Meuri: Então isso aí, quando eu me soltei, tipo passarinho quando tá dentro duma gaiola quando ele se solta ele num fica morto de feliz, né? Desse jeito foi eu. Quando eu me soltei, ave Maria, foi maravilha[...]Que quando eu me senti livre, ó, eu sabia caminhar só.

Sicília: Quando foi que a senhora se sentiu livre?

Meuri: Quando o meu marido foi simbora. [...] ele deixou muito eu arrasada porque eu num sabia de nada, num sabia...[...] Num sabia, num sabia.

Sicília: Quando a senhora chegou aqui no Movimento para tratamento a senhora foi logo pra atividade de arte ou demorou um pouquinho?

Meuri: Não, eu num demorei muito tempo, não. Fui logo fazer..num to dizendo que eu fui logo pra arte. Parti logo pra arte. Fui logo pra arte[...]Assim, já tinha uma pessoa quando chegou assim juntemo num...um grupo de mulheres e fui...fazer arte. Foi maravilha[...]Era a coisa mais linda do mundo que a gente fazia (MEURI, GF2,L.160-183,P.6).

Sicília: mas a arte ajudou na saúde da senhora?

Meuri: Em muitas coisas, me ajudou em muitas coisas. Camin...a mim saber caminhar, saber falar, que eu num falava, eu era muito tímida, eu num falava. E o teatro me ajudou nisso aí (MEURI,GF2,L.154-157,P.6).

Em outros casos, o significado social sobre o transtorno mental como falta e periculosidade acaba por incentivar modos de ser nos indivíduos que levam a evitar a interação com outras pessoas, a construir sentidos sobre si mesmo como incapazes. Roberto, que se sentia tolhido em seu espaço social, pôde experimentar através da arte um espaço de interação, diálogo e construção de significados que mudou o sentido que tinha em relação a si mesmo, sentido ao qual poderia mobilizá-lo à interação e à expressão e ao reconhecimento de sua criatividade no meio social. Reconheceu-se como sujeito social, como as outras pessoas e, portanto, capaz de permitir-se desenvolver.

Roberto: É, antes eu era bastante agitado, é estressado também. Que eu era só no trabalho todo tempo. Eu não saía pra canto nenhum. Eu por mim eu ficava preso, é...eu num gosto de sair de casa, tá assim isolado do mundo. Sentia uma diferença

das outras pessoas, sabe. Às vezes eu achava que eu me sentia uma aberração...da natureza. Porque porque às vezes eu sentia um...muito diferente e tal[...]Aí depois que eu vi, que entrei na percussão fazer outras coisas eu vi que eu sou igual a todo mundo[...]Sinto que...me sinto uma pessoa importante, sem o...é, que eu tenho alguma criatividade, né (ROBERTO, GF2, L.434-456, P.14).

Para Paz (1998), o indivíduo circundado pela experiência artística vivencia uma afirmação de si mesmo, ao mesmo tempo em que ocorre uma experiência de totalidade e de comunhão. “El lenguaje poético revela la condición paradójica del hombre, su “otredad” y así lo lleva a realizar lo que es” (PAZ, 1998, p.156).

No caso das pessoas com transtorno mental estas enfrentam tanto sofrimento psíquico como um sofrimento ético-político¹⁶ (SAWAIA, 2004) pelo significado social que se atribui ao sujeito com transtorno mental, ora atribuindo-lhe incapacidade, ora conferindo-lhe periculosidade. Esta perspectiva aponta para a compreensão do adoecimento psíquico como algo socialmente constituído e, por este motivo, pode-se encontrar neste sujeito sócio-historicamente constituído os elementos que sustentam práticas e os elementos que apontam para transformações nas práticas dos sujeitos. Felizmente, além da arte, existem espaços onde o sujeito pode construir novos significados e dando um novo sentido a si, permitir-se tornar-se homem, ou mulher, por se enxergar homem ou mulher. Assim como Roberto que na interação e diálogo com outros sujeitos e na experimentação de atividades no contexto da atividade artística, pode visualizar-se como sujeito social e capaz.

Para compreendermos melhor a construção desse sujeito histórico-cultural, consideramos nesta pesquisa, imprescindível a compreensão da categoria sentido e de outras funções psicológicas que envolvem seu desenvolvimento e transformação. Na dimensão da subjetividade encontramos a intenção, a afetividade, o pensamento e a consciência. A consciência é a função psicológica através da qual se pode ter acesso aos sentidos constituídos pelos sujeitos. Em Vygotsky (2004a), a consciência pode ser definida como um entrelaçamento de sistemas reflexos, mas não se constitui como um reflexo, do mesmo modo que não é um “mecanismo interno”. Sentidos e significados compõem esta consciência, a qual possui origem social, já que os reflexos reversíveis originados da palavra servem de fundamento para a comunicação social e para a coordenação coletiva do comportamento. De acordo com Barros et al. (2009), na abordagem “vygotskyana”, o estudo da consciência humana está na relação entre pensamento e palavra, o que

¹⁶ Sofrimento ético-político constitui uma categoria de análise do processo exclusão/inclusão, desenvolvida por Bader Sawaia, que se revela em espaços de desigualdade social. Para um estudo mais aprofundado do tema sugiro a leituras de Sawaia (2004), citado nas referências bibliográficas.

leva Vygotsky a considerar a palavra como microcosmo da consciência. Nesta perspectiva, a palavra não é simples expressão do pensamento, mas a própria realização do pensamento.

Leontiev (1978) refere que a significação constitui a generalização da realidade e da experiência humana cristalizadas em um vetor sensível, tal como a palavra, e consiste na forma pela qual o sujeito assimila essa experiência de forma individual. Na perspectiva “vygotskyana”, o signo constitui a unidade de análise do comportamento humano capaz de incluir todas as manifestações psicológicas do ser humano. De acordo com Riviére (1985), a cultura proporciona os instrumentos simbólicos para o desenvolvimento da consciência e das funções psicológicas superiores. Tal desenvolvimento consiste na individualização do ser humano através do meio social. Nesse contexto, o sentido revela a singularidade da constituição do sujeito, expondo as formas diversas com as quais o sujeito se apropria da realidade objetiva, pensa, sente e age sobre a mesma.

O sentido, enquanto signo, orientaria as ações humanas, como, também, as relações entre os sujeitos (VYGOSTSKY, 2001 e 2004a; MOLON, 2003; RIVIÉRE, 1985). Segundo Asbahr (2005) “Ao nascer, o homem encontra um sistema de significações pronto; apropriar-se ou não dessas significações depende do sentido pessoal que tenham para o sujeito. O sentido pessoal é engendrado, produzido na vida do sujeito, em sua atividade” (p. 111). Sentido é, dessa forma, “a relação entre o sujeito e fenômenos conscientizados” (LEONTIEV, 1978, p.97). A apropriação da realidade pela consciência não se dá de maneira passiva, mas ativamente e criativamente, através da atividade. Os significados são convertidos em sentidos pessoais, de acordo com as necessidades e emoções que motivaram o seu uso. Enquanto que o significado seria algo negociado socialmente, o sentido seria mais amplo e fluido.

Aguiar (2009) esclarece que, na perspectiva “vygotskyana”, o significado constitui uma construção social de origem convencional, elaborado historicamente, que a pessoa encontra ao nascer. O sentido é constituído a partir da vivência pessoal do sujeito diante dos significados com os quais ele se depara em sua vida. Dessa forma, falamos em sentido quando nos referimos ao novo que o sujeito é capaz de produzir. Segundo González Rey (2002, p. 185), “a realidade é vivida em forma de sentido no plano subjetivo” onde a subjetividade integra pensamentos, emoções e memória de situações vividas que se organizam em uma multiplicidade de sentidos subjetivos.

O sentido constitui a singularidade historicamente mediada do indivíduo. De acordo com Aguiar e Ozella (2006), “o sentido coloca-se em um plano que se aproxima mais da subjetividade

que com mais precisão expressa o sujeito, a unidade de todos os processos cognitivos, afetivos e biológicos” (p. 227). Segundo os autores, com base nas ideias de González Rey (2003), o sentido recria o significado, ele não obedece a uma lógica racional externa, mas refere-se à apropriação criativa dos significados que o sujeito encontra no meio em que vive.

Esmeralda relata que a importância da experiência artística não se constitui apenas na construção dos artefatos, mas ressalta a importância de outros elementos constituintes da ambientação que a arte traz. No caso, a experiência criativa artística implica em

Esmeralda: O vivenciar no grupo, como ela fala, né, de de de que no grupo ela fala, né, ela tem a questão do poder da expressão, né, da liberdade de expressão. E é do mesmo jeito, da da do tocar nas coisas, do fazer, né, o falar o fazer, sempre no com no grupo, né. Eu e o outro e nunca eu só. Eu e o outro (ESMERALDA, GF2, L. 853-856, P.28).

Neste espaço, há trocas de ideias através do diálogo, mas também, constitui um ambiente para a construção de relações afetivas que medeiam a construção dos sentidos na vida destes sujeitos. Segundo Aguiar e Ozella (2006), compreender os sentidos envolve apreender os mecanismos que mediam a sua constituição. Dessa forma, faz-se necessário para a compreensão dos sentidos considerar que as expressões humanas são tanto cognitivas como afetivas e que, sendo os sentidos construções emocionalmente mediadas, é necessário compreender o caráter emocional da subjetividade humana.

De acordo com Paz (1998), a ambientação proporcionada pela arte proporciona uma manifestação de alteridade, que é característica do ser humano, e se constitui como um exercício criativo de liberdade e de emoção, uma experiência de comunhão com o outro; é a afirmação de si mesmo, um exercício de liberdade e de decisão de ser, onde experimentamos ir, além do que pensamos que poderíamos ser para sermos nós mesmos.

De acordo com Aguiar e Ozella (2006), o sentir é um fator constitutivo do atuar e pensar. Para Vygotsky (2004a, p. 16), os “afetos são estados corporais que aumentam ou diminuem a capacidade do corpo para a ação, favorecem-na ou limitam-na, assim como as ideias que se tem sobre esses estados”. Se por um lado as emoções e os afetos atuam motivando a ação humana, por outro, as emoções medeiam, também, a construção dos sentidos que coordenam estas ações e se reconfiguram permanentemente através da atividade humana. Os autores ressaltam também a importância de compreender as necessidades e motivos para a compreensão dos sentidos. Tais necessidades podem ser vistas como pontos de intervenção através dos quais a construção dos sentidos se daria. A emoção, as necessidades e a motivação e os sentidos constituem-se de

elementos imbricados e de construções mútuas. Tais elementos podem ser de importante significação para a compreensão dos processos de constituição da subjetividade humana nos espaços de arte, de saúde e da utilização da arte no cuidado em saúde mental, reconhecendo que a tessitura de novos modos de vivenciar as próprias potencialidades e limitações do sujeito com transtorno mental pode vislumbrar formas libertárias ao considerar estes aspectos.

4.2.2 Os sentidos em arte construídos por pessoas com transtorno mental

E começou a redescobrir que coragem, na maioria das vezes, é apenas voltar para o próprio coração. É apenas calar a ausência devastadora e infértil dele. É apenas sair do lugar para um ponto um pouquinho mais espaçoso e espalhador de sementes. É apenas seguir. Com medo e tudo.
(Ana Jácomo)

A utilização da arte pelo grupo participantes da pesquisa no MSMCBJ revelou através dos grupos focais realizados uma diversidade de sentidos de arte, relacionados à saúde dos participantes, e algumas aproximações entre tais sentidos. Foi possível apreender os seguintes sentidos referidos pelos participantes: desenvolvimento, aprender, organizar a mente, construir novos significados e transformar-se; poder exercer a criatividade; sensação de liberdade; interação e comunicação; sensação de bem estar: de sentir-se vivo e valorização de si mesmo; poder movimentar-se e exercer a autonomia e expressar afeto. Considerando as ideias dos autores mencionados anteriormente, este trabalho irá buscar compreender como tais sentidos se configuram para os participantes. Cada participante fez um desenho, como foi esclarecido no capítulo metodológico. Os desenhos que significam arte para os participantes serão colocados perto de suas falas.

Em relação aos espaços de arte, Lane (2006) afirma que estes podem ser um recurso que ajuda a tornar afetos e emoções, que em um primeiro momento eram difíceis verbalizar e expressar, em sentimentos de prazer e alegria, em sentimentos identificados, resignificados e, dessa forma, transformados. Neste caso, a arte torna-se um espaço favorável para o desenvolvimento das emoções visto que favorece uma diversidade de recursos para expressão. De acordo com Vygotsky (1934, p.9) “A base psicológica da arte musical é, precisamente, alargar e aprofundar os sentimentos, em reelaborá-los de modo criador”. Da mesma forma, outras conformações no campo da arte se apresentam como mediadoras do desenvolvimento destas emoções, na medida em que o indivíduo percebe-se tocado por alguma delas.

A concepção “vygotskyana” de arte constitui-se de "um conjunto de signos estéticos, destinados a suscitar emoções nas pessoas" (VYGOTSKY, 1999, p.3). De acordo com o autor, a arte desperta a afetividade o que pode alterar a forma como os sujeitos significam suas experiências. Destarte, na arte desenvolve-se um jogo de influências mútuas, o que possibilita que a afetividade unifique representações distintas. O autor define a arte como "técnica social do sentimento" (VYGOTSKY, 2001, p.3) e aponta para a constituição social do sujeito quando afirma que a “arte é o social em nós” (VYGOTSKY, 1999, p. 315).

A arte introduz cada vez mais a ação da paixão, rompe o equilíbrio interno, modifica a vontade em um sentido novo, formula para a mente e revive para o sentimento aquelas emoções, paixões e vícios que sem ela teriam permanecido indeterminadas e imóveis [...] Seria mais correto dizer que o sentimento não se torna social, ao contrário, torna-se pessoal, quando cada um de nós vivencia uma obra de arte, converte-se em pessoal sem com isso deixar de continuar social (VYGOTSKY, 1999, p. 315).

Faz-se necessário observar que não é apenas na arte que o sujeito compõe novas formas de imaginar e sentir. No cotidiano, o sujeito recebe estímulos que instigam sua criação, imaginação e elaboração de sentimentos. No entanto, a diversidade de formas de expressão disponíveis na arte facilita o exercício criador e do desenvolvimento de um trabalho sensível, onde a emoção e a imaginação são valorizadas.



Obra 1 - Desenho de Meuri: uma árvore.

Para Meuri arte possui um aspecto ligado à natureza e está ligada a capacidade de aprender e se desenvolver. Através de da arte, o sujeito constitui sua subjetividade através da construção de novos sentidos. Através da arte e da cultura o sujeito possibilita o desenvolvimento da consciência e de outras funções psicológicas superiores. No caso de Meuri, a arte tem o sentido de um caminho para a aprendizagem e desenvolvimento, onde, para Vygotsky (2004a), o sujeito

se apropria melhor de sua realidade, motiva-se e movimenta os espaços sociais de acordo com seus interesses e sua perspectiva, desenvolve a autonomia e organiza o pensamento.

Sicília: ...Aí pela dona Meuri. Dona Meuri, o que que é arte pra senhora? O que significa arte?

Meuri: Arte arte pra mim ela... si...significa muita coisa. Abrir a natureza...(gesticulou apontando para a cabeça).

Sicília: A mente?

Meuri: A natureza, não: a mente. Porque você aca...ah...clareia as coisas que você na cabeça. Clareia muito a...a vida da gente, né? A natureza, né? Pra mim eu acho que tem...a natureza. Então, é uma coisa que faz bem também. Você aprende a fazer mais coisa, você fica com mais vontade de fazer. Quanto mais você faz, mais vontade você tem.(MEURI,GF2,L105-113,P.4).

Sicília: Então o que é arte pra senhora?

Meuri: Arte...é vida, né? Pra mim é vida. Porque a gente...você num saber fazer nada que nem tem muitas pessoas aqui que tem vindo pra mim ensinar que num sabe neem enfiar uma agulha, enfiar uma linha na agulha...não...num leve a ...num leve a sério isso, não, porque uma pessoa num saber enfiar uma linha numa agulha[...].Ce tem que ensinar a aprender ela a cortar pano, a fazer vistidim de boneca, tudo isso a gente ensina (MEURI, GF2, L184-193, P.7).

O aspecto emocional do sujeito revela, outrossim, influência em outras funções psicológicas do sujeito, a saber: consciência, linguagem, atividade, dentre outras. Vygotsky (1934) afirma que toda emoção configura uma tomada de atitude: uma disposição para ação ou uma renúncia a ela. De acordo com o autor, a emoção é um organizador do comportamento, de forma que reelaborar uma emoção pode implicar em o sujeito criar novas formas de significar, tomar consciência e lidar com a realidade em que vive e consigo mesmo. Vygotsky (2004b, p.143) também refere que “nenhuma forma de comportamento é tão forte quanto aquela ligada a uma emoção”. Deste modo, é possível perceber que a emoção exerce grande influência na constituição do sujeito e seu desenvolvimento. Ela medeia a construção de formas de imaginar, perceber, significar e atuar, o que repercute, inclusive, na constituição da individualidade e nas formas sociais de lidar com a diferença. Nesta perspectiva, tanto a imaginação como a emoção constituem-se a partir da realidade em que o sujeito está inserido e compõem elementos vitalmente necessários para o desenvolvimento humano. Considerando esta perspectiva, faz-se proeminente retomar as ideias, abordadas no capítulo de cuidado em saúde mental, e poder vislumbrar a aproximação, entre afetividade no cuidado e na arte, como promotora de emoções e afetos, identificando em ambos seus potenciais transformadores dos sujeitos.

Maria relata que seu sentido de arte está relacionado à capacidade de comunicação e a aspectos afetivos. Para ela falar é arte e esta última “mora” numa casa que possui amor.



Obra 2- Desenho de Maria: Pessoa, boca e uma casa vermelha.

Maria: Eu entendo que falar é uma arte. Tem que pode ser expressada com uma fala com uma fala, resolver construir algo.

Sicília: Falar é uma arte pra ti?

Maria: É arte. A música é uma arte pra mim.

Sicília: Qual é a arte que tu gosta de fazer?

Maria: Gosto também é de...gosto de ofici...confeccionar...aquelas é...boneca (MARIA,GF2,L.500-505,P.16).

Maria: É o grupo que eu mais gosto é o da Liduina.

Sicília: É? Porquê?

Maria: Porque ela ela deixa a gente falar, conversar e eu...me ajuda às vezes. Muito.

(MARIA,GF2,L.562-564,P.19).

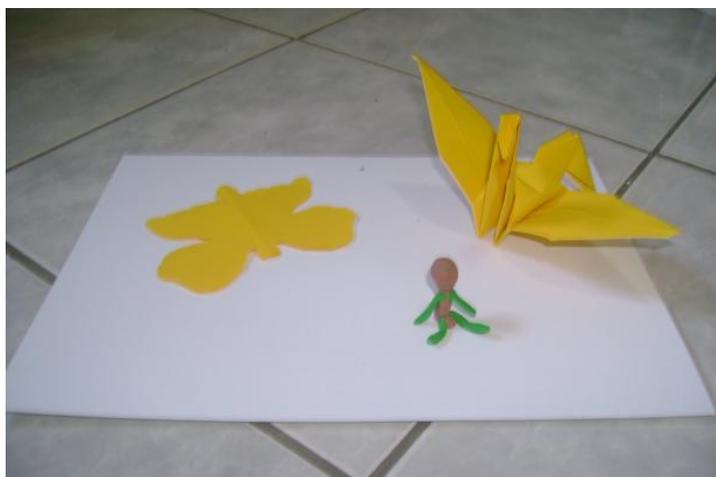
Maria: tinha pensado que a música representa a arte, então eu fiz uma boca[...] Essa casa é o amor que tem que a arte simboliza. O fogo.[...] É, porque é vermelha. E aqui é o fogo das fogueiras. Aí aqui representa a arte[aponta para o desenho todo de forma circula].

(MARIA,GF2,L.701-718,P.23-24).

A partir da fala de Maria, podemos inferir que a emoção assume papel importante na compreensão sobre os processos que envolvem a constituição da subjetividade como se forma as singularidades dentro dos espaços sociais, a partir de suas relações, da história de vida dos sujeitos e como estes, mediados pelas emoções que se desenvolveram ao longo de sua vida, podem criar formas de interagir, de se sentir pertencentes a um grupo, a uma comunidade, de

poder falar, se comunicar, sentir-se integrado a algo. Faz-se necessário perguntar como a psicologia, como área de conhecimento em saúde mental, se revela atenta e capaz para trabalhar os afetos construídos entre os sujeitos, as esperanças e alegrias cultivadas, apesar do sofrimento devido a um transtorno mental. Na perspectiva de Sawaia (2006), a superação do sofrimento psicossocial implica que nos desenvolvamos não somente enquanto sujeitos racionalmente conscientes, mas capazes de permitir o desenvolvimento de nossas emoções, capazes de cultivar esperança, numa postura aberta em relação à alteridade. Nesta perspectiva, podemos compreender a partir da autora, que a emoção se revela como categoria importante para o debate sobre o papel da psicologia social na construção de uma ética, desenvolvida através de uma prática dialógica, que contribua no sentido de permitir a transformação de valores sociais fundamentados no estigma e na opressão.

Para Esmeralda, arte tem o sentido de liberdade, transformação e afeto. Para ela a liberdade é imprescindível à arte para que a transformação possa acontecer no sentido de um desenvolvimento humano. Neste caso, para Esmeralda, arte e vida se misturam como formas de transformação, repensar aspectos da vida, resignificar outros aspectos e experimentar sensações.



Obra 3 - Elaboração de Esmeralda: boneco, borboleta e ave.

Sicília: E aí, Esmeralda o que é arte pra você?

Esmeralda:: Liberdade, é vida como todos já disseram, né.

Sicília: Hum-hum.

Esmeralda: Mas é liberdade também. Por isso que eu fiz esse pássaro e essa borboleta, né, porque eu acho que a partir do momento que a pessoa é...tem contato com trabalhos artesanais, né, que tudo é arte, tudo claro que a gente sabe que arte, mas a partir do momento que você tem o contato com a música, com trabalhos

manuais, com algum tipo, a dança é você vai se transformando, na medida do possível, dos dias, né, do contato, do conhecer você vai se transformando, né. E aí eu acho que pra mim a arte é isso: é liberdade, é certeza.
(ESMERALDA,GF2,L.727-737.P.10).

[...]

Sicília: É liberdade, certeza...e me fala um pouquinho deles aqui.

Esmeralda: Hum. É, ele, o pássaro, ele tá aqui representando mesmo essa liberdade, o dançar, né, o ser livre, mesmo pra conseguir chegar onde quer a...conseguir alcançar o objetivo que quer, né, através da arte, através do dessa liberdade. E a borboleta é transformar-se mesmo, né. Transformar-se como pessoa...é, saber o que quer da vida, né, porque a pessoa tendo a certeza do que você quer que você vai transformando sua vida.

Esmeralda: e esse aí sou eu.

Sicília: Isso é tu?

Esmeralda: Sou eu é, pensando. Ontem foi uma, a sessão foi muito boa, né, de biodança e desde ontem eu to bem sentadinha e pensativa mesmo. Porque eu realmente preciso...já venho, né, me questionando, né, com algumas incertezas e ...mas aí eu me coloquei aí porque eu preciso firmar algumas coisas, né, praque aminha a minha arte, a minha vida possa caminhar melhor, ainda melhor, né. Eu preciso realmente...por isso que eu to aí, bem sentadinha
(ESMERALDA,GF2,L.745-752,P.25).

Na perspectiva de Ciornai (1995; 2004), saúde é um estado ligado a processos criativos que a pessoa pode desenvolver durante a vida onde sensibilidade e criatividade se constituem como potenciais que devem ser trabalhados. Segundo a autora, através da atividade que promova a expressão criativa o sujeito pode prover, como fonte de apoio e força, um sentimento de beleza e orgulho que o conecta de forma positiva às suas raízes, a sua história e a sua cultura. Para Esmeralda, a expressão criativa proporcionada pela arte tem um enfoque maior pois implica em liberdade e transformação. A possibilidade de repensar aspectos de sua vida também pode implicar em sentir-se livre, através da experimentação de liberdade do grupo de arte, para poder modificar sua vida.

Pensando na experiência de Esmeralda, podemos resgatar as ideias de Vygotsky (1999), onde este afirma que a criação artística apresentaria contribuições da cultura em que está inserido o sujeito criador e produziria uma descarga de sentimentos que organiza a relação do homem com o meio, elaborando aspirações extremamente complexas do organismo. A arte coloca-se como mecanismo que permite realizar a descarga de impulsos que não podem ser levados a cabo na vida cotidiana. Nesta descarga, há uma reelaboração de sentimentos e, com a superação desses sentimentos, condição para que a arte e o ato criador se realizem.

A verdadeira natureza da arte sempre implica algo que transforma, que supera o sentimento comum, e aquele mesmo medo, aquela mesma dor, aquela mesma inquietação, quando suscitadas pela arte, implicam em algo mais acima daquilo que nelas está contido. A arte recolhe da vida o seu material, mas produz acima desse material algo que ainda não está nas propriedades desse material (VYGOTSKY, 1999, p. 315).

Para Paz (1998), o processo de transformação inerente à experiência artística quando fala de um pensamento budista no qual há um desprendimento do mundo objetivo que seria chamada de “a outra margem alcançada”. Este pensamento está relacionado a um rito religioso que envolve sacramento, comunhão e que tem por objetivo final a transformação do ser em outro. A “outra margem” significa um salto de experiência que esta relacionada a um renascimento. Ela seria “Em suma, el “salto mortal”, la experiencia de la “outra orilla¹⁷”, implica un cambio de la naturaleza: es un morir y un nacer. Mas la otra orilla está em nosotros mismos”(p. 123). A outra margem alcançada seria o sujeito desenvolvido, diferente do que era antes, mas ainda sendo o que se é, transformado. Transformando-se, haveria o desempenho do papel de ser ele mesmo com outros pensamentos, sentimentos, sentidos e significados, outras formas de se expressar. Este também seria um caso de um paradoxo presente tanto na vida, como na arte: sendo outro, o ser é cada vez mais ele mesmo.

Nessa perspectiva, a linguagem artística seria um recurso importante para o desenvolvimento da imaginação e criatividade transformadora na própria vida do ser humano. A arte não seria apenas uma imitação da realidade, mas faria parte de um sistema de representação semiótica com regras próprias e no qual deveria ser enfatizada a criação simbólica e cultural do ser humano e reverberaria em outros ambientes da vida do sujeito que não somente o grupo de arte. Para o autor, a atividade de arte possui um importante papel na constituição do sujeito na medida em que ela se revela criadora. O ato de repetir e apenas memorizar prejudicaria o estímulo a expressão criativa. A liberdade para criar, então, facilitaria o desenvolvimento de uma postura crítica, inibiria a elaboração de sentimentos, tolheria o desenvolvimento e a transformação dos sujeitos.

Vygotsky (1998) refere que a imaginação é uma função que pode se associar à memória e ajudar a reproduzir psiquicamente algo já experimentado pela pessoa, mas que não foi provocado necessariamente por impressões do ambiente. Segundo o autor, a imaginação também está relacionada com as emoções experimentadas pelo indivíduo e todas as

¹⁷ “Orilla” significa “margem”, em Espanhol.

experiências vividas por ele durante sua vida. O que se cria na imaginação seria, de acordo com Vygotsky, novas combinações de momentos que foram vividos.

Em sua obra “A imaginação e a arte na infância”, Vygotsky (1934) assinala a relação da função imaginativa à atividade criadora a qual seria toda atividade humana criadora de algo novo, tratem-se estas de objetos do mundo exterior ou construções psíquicas. Para o autor, existem duas formas de conduta humana: reprodutor e criador. O impulso ou conduta reprodutora relaciona-se a importância de conservação da experiência anterior na constituição do sujeito. Esta retenção de experiências leva o sujeito a constituir significações e relacionar momentos vividos a determinados sentimentos, associá-los a experiências passadas, possibilitando a repetição de uma atitude bem sucedida no passado ou a criação de novas formas de lidar com determinadas situações vividas anteriormente.

De acordo com o autor, o processo imaginativo constitui base para qualquer atividade criadora quer se trate de aspectos culturais ou criações científicas. Outrossim, ele possibilita a ampliação da experiência humana, fazendo com que o sujeito transponha limites, temporais e espaciais, e viva experiências que não podem ser conhecidas pessoalmente. Dessa forma, pode-se inferir que espaços de criação e imaginação possibilitam que o sujeito reconfigure formas de significar experiências vividas, criar formas de lidar com a mesma, elaborar sentimentos, ao mesmo tempo em que experimenta uma liberdade de expressão que permite a superação de limites impostos pela realidade social.

Beto relatou significar arte como o sujeito estar em movimento. Sua afirmação onde pegar ônibus é arte remete a autonomia dos sujeitos com transtorno mental a qual muitas vezes é tolhida pela sociedade e pelo próprio sujeito. Outrossim, assevera sentir-se curado pela sensação de sentir-se bem e pela possibilidade de interagir com outros sujeitos. Neste caso, podemos retomar o pensamento de Aguiar (2009) que afirma que o sujeito nasce meio a uma cultura repleta de sentidos e, ao desenvolver-se, pode elaborar os significados sociais e construir sentidos pessoais a partir de experiências pessoais. Dentro dessa realidade vivida, que envolve e integra emoções, ideias, sentidos e memórias, o sujeito pode encontrar espaços de resignificação. Para Beto, a arte tem o sentido de cura através da construção de novas amizades, da aprendizagem e do bem estar que sentia fazendo as atividades.



Obra 4 - Desenho de Beto: garoto jogando bola.

Beto: Ah, era só eu. Nós fazia arte desenhando, nós brincava, fazia teatro, que se eu apresentasse também teatro também é arte, né, teatro.

Sicília: como é que tu se sente fazendo uma atividade de arte?

Beto: Eu me sinto bem. Que é bom a pessoa faz né...desenvolve a mente, né? O corpo, né?(BETO,GF2,L276-280,P.9)

Sicília: Antes do tratamento, que tu começou o tratamento, e depois que tu começou a fazer as atividades de arte, tu nota alguma diferença?

Beto : Muita (risos).

Sicília: Da tua saúde?

Beto: A diferença é que eu fiquei bom, né?To...to...só tomando remédio, quero me liberar do remédio, que é uma coisa muito ruim. Que viver a base do remédio é coisa ruim demais. Depois que eu comecei o grupo me senti muito bem. Conheci novas pessoas, né? Novos amigo...[...]Conhecer novas pessoas é bom demais (BETO,GF2,L.316-324,P.11).

A perspectiva de Beto vai ao encontro com as ideias de Roberto que significa arte também como uma forma de conhecer novas pessoas, mas, também, sair do stress, sentir-se bem, sentir-se importante. Outrossim, para Beto, a sensação de bem-estar vinculada às atividades de arte apresentou mais um sentido: a cura; ainda que ele permaneça vivenciando um transtorno incurável¹⁸.

¹⁸ Ver tabela do Apêndice A.



Obra 5 - Desenho de Roberto: árvore, nuvem, sol e pássaro.

Roberto:É. E eu comecei com Farmácia Viva, passei um ano e tal...e pra, eu peguei um pouco de coisa, mas eu senti que num era aquilo também era a minha... Fui pro violão, também num...num durou muito tempo(risos). Aí fui pra percussão e até hoje.

Porque acho que...num sei. Sabe quando você tá meio perdido e num sabe o que quer? Assim...aí foi o meu caso. E foi assim eu...a minha minha vida é muito baseada...que lá na minha casa é a bomboniere, né. A minha vida é muito...baseada em trabalho, trabalho, trabalho. [...]ás vezes a percussão aqui...Eu acho que a percussão num sei foi o que eu o que eu procuro assim de arte mas foi um modo de eu conhecer novas pessoas e também, abrir um pouco a mente, sair do stress também, sabe. Mais ou menos isso (ROBERTO,GF2,L395-407).

Roberto: Sinto que...me sinto uma pessoa importante, sem o...é, que eu tenho alguma criatividade, né (ROBERTO,GF2,L.455-456,P.14).

Para Vygotsky (1999), as atividades criadoras e imaginativas não seriam manifestações exclusivas de seres ditos gênios da arte, mas uma atividade criadora de algo novo, própria de todo ser humano. A atividade criadora se manifestaria tanto através de objetos do mundo exterior como em determinadas construções do cérebro e do sentimento, que vivem e se manifestam no próprio ser humano. A criação estaria ligada à capacidade imaginativa através da qual o ser humano poderia se projetar para o futuro, transformando a realidade e o tempo presente. A ação criadora também teria sua origem em acontecimentos históricos, de forma que ela estaria vinculada a uma transformação da cultura, da história e do ser humano. O ato criador está presente nas ditas “grandes obras” de arte e em todas as sutis criações do cotidiano, deve ser um ato de liberdade e reconfiguração de construções antigas em novas formas de perceber e significar a realidade.

A conexão interna existente entre imaginação e o pensamento realista se complementa com um novo problema, estreitamente ligado ao da vontade ou da liberdade na atividade do homem, na atividade da consciência humana. As possibilidades de atuar com liberdade, que surgem na consciência do homem, estão estreitamente ligadas à imaginação, ou seja, à tão peculiar disposição da consciência em relação com a realidade, que surge graças à atividade da imaginação (VYGOTSKY, 1990, p. 438 apud LANE, 1999, p. 15-16).

Outra perspectiva referida por Vygotsky (1929) diz respeito a que a riqueza da atividade criadora e imaginativa do homem possui relação direta com a diversidade experiência acumulada pelo sujeito. Quanto mais rica for sua experiência de vida, maior serão material de que irá dispor a imaginação. Dessa forma, o sujeito poderá desenvolver-se nestes aspectos na medida em que puder ampliar suas experiências e encontrar novas formas de expressar sua atividade criadora, encontrar novos recursos, experimentar novas sensações, elaborar novas ideias ou ampliar seus conhecimentos. Na perspectiva da atividade criadora de Vygotsky, fantasia e realidade não elementos contraditórios, posto que a fantasia nasça de uma experiência de realidade vivida pelo sujeito. Para o autor, os frutos da imaginação se integram a elementos da realidade e, neste sentido, a criação e a imaginação são possíveis graças à experiência social.

A imaginação é uma condição necessária para quase todas as funções do cérebro humano. Quando lemos os jornais e nos informamos de milhares de acontecimentos que não testemunhamos pessoalmente, quando crianças, estudamos geografia ou história, quando simplesmente conhecemos por carta o que acontece com outra pessoa, em todos estes casos nossa fantasia ajuda nossa experiência (VYGOTSKY, 1929, p. 9).

A capacidade criadora é atributo de qualquer indivíduo, de forma que pessoas que se encontram fora dos parâmetros sociais de normalidade podem imaginar e criar, na medida da constituição de sua individualidade. Por outro lado, não é possível pensar a criação individual sem levar em consideração as formas de relação que o indivíduo estabelece com outras pessoas, levando em consideração os limites sociais impostos pela cultura local e pelo momento histórico. Neste sentido, a criatividade não se configura como atributo nato, mas resultado de uma aprendizagem construída ao longo da vida, através de espaços que facilitem este potencial criativo.

Em muitos espaços de cuidado em saúde mental, a arte tem sido utilizada para se criar um caminho em favor da cura e, quando esta não seria possível, criar condições para que a

pessoa possa viver bem, ainda que possua algum transtorno mental. No entanto, parece que a arte ainda revela outra contribuição: a valorização de outras formas de expressão que não sejam fundamentalmente racionalizadas. A liberdade de expressão, inerente nela, possibilita que os sujeitos sintam-se à vontade para experimentar a forma de expressão mais parecida com seu jeito de ser, o que respeita, favorece a expressão da individualidade, promove motivação para o retorno à atividade e, ao retornar, interage com outros sujeitos; realiza trocas de significados, interage, constitui-se sujeito com outros sujeitos, transforma-se e constrói sua subjetividade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS



Isadora Duncan¹⁹

Geralmente, as belezas só acontecem, só dizem, só luzem, só florescem, com liberdade. Tentar prendê-las é amordaçar sua mágica [...] Foi quando começou a não se importar tanto de sentir tanto medo, que ouviu o convite, ainda tímido, quase sussurro, do próprio coração, esse sabedor do que, de verdade, importa: "Volta, com medo e tudo". Foi. E começou a redescobrir que coragem, na maioria das vezes, é apenas voltar para o próprio coração. É apenas calar a ausência devastadora e infértil dele. É apenas sair do lugar para um ponto um pouquinho mais espaçoso e espalhador de sementes. É apenas seguir. Com medo e tudo.
(Ana Jácomo)

As considerações aqui relatadas não devem ser vistas como conclusões finais tendo em vista que a autora deste trabalho reconhece não ter possibilidades de determinar diagnósticos definitivos para o desenvolvimento de um bom trabalho com arte no MSMCBJ. Por outro lado, é possível apontar um caminho de reflexões que permitam e deem possibilidades para a construção de novas ideias e leituras sobre o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e de ações que contribuirão no cuidado aos usuários com transtorno mental.

No caminho da construção desta investigação, o desafio foi articular os conceitos do campo da saúde mental, da teoria histórico-cultural, a partir de Vygotsky e das ideias do campo da arte. Quanto mais a investigação teórica se aprofundava, se aprofundavam as questões sobre como articular estes conceitos de forma a elaborar um trabalho que aponte para uma possibilidade de prática em saúde a partir da visão de quem as usufrui, sob o ponto de

¹⁹ Para explicar a mensagem da imagem, trata-se de Isadora Duncan a qual é uma dançarina estadunidense, nascida em 27 de maio de 1877, iniciadora do balé moderno. Transgressora, usou sua criatividade para incluir no balé gestos do cotidiano e, inclusive, gestos espontâneos durante os espetáculos. Primavera pela liberdade na dança, inclusive através de suas vestimentas largas que permitiam gestos livres. Parou de dançar em 1913 quando um acidente tirou a vida de suas duas filhas em Paris. Retorna a dançar em 1916 no Teatro Municipal do Rio de Janeiro. Uma de suas frases mais emblemáticas foi "Dançar é sentir, sentir é sofrer, sofrer é amar. Tu amas, sofres e sentes. Dança!". Faleceu em 1927, em Nice. Na fotografia, ela representa uma de seus gestos poéticos e valorizadores da liberdade de criação na dança. Pode-se afirmar que um de seus legados para a arte é a liberdade de expressão.

vista de quem é cuidado e deve ter algo a dizer para repensar as práticas em saúde e enriquecer este campo.

Considerando que meu objetivo foi compreender os sentidos de arte no cuidado em saúde mental atribuídos por pessoas com transtorno mental, os sujeitos participantes desta pesquisa são pessoas com transtorno mental que estão inseridos em alguma atividade de arte do MSMCBBJ ou do CAPS, o qual é administrado em co-parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e, portanto, há envolvimento do MSMCBBJ em suas práticas, visões e missões.

Parte-se do princípio de que o objetivo geral desta investigação foi contemplado, tendo em vista os objetivos específicos construídos nesta pesquisa. No primeiro objetivo, foram identificadas práticas de cuidado do MSMCBBJ, que utilizaram arte na atenção às pessoas com transtorno mental. Por meio de consulta aos profissionais, coordenadores e voluntários que trabalham no MSMCBBJ, uma lista com as atividades de arte foi elaborada a partir do relato dos profissionais, voluntários e responsáveis, de acordo com suas visões e concepções, já que o MSMCBBJ não dispõe de uma classificação das atividades artísticas. A concepção de arte é definida pelo responsável pela atividade e que está respalda pela teoria de Paz (1998).

Primeiramente, no processo de construção da lista foram contatados os profissionais da Casa Ezequiel Ramim e perguntou-se sobre as atividades de arte e por que eram consideradas de arte. Uma funcionária responsável pelos arquivos do Movimento relatou que nunca foi construído este tipo de arquivo, até porque as atividades tem se modificado ao longo dos anos de existência do MSMCBBJ. Destarte, na Casa Arte, Música e Espetáculo, onde um dos coordenadores na época apresentou as pastas das atividades de arte e de possíveis participantes, que tinham perfil para a pesquisa. Em seguida, a Coordenadora do CAPS listou uma série de atividades, que ela considerava com arte e que ocorriam no Movimento, incluindo os nomes de seus facilitadores. Depois, cada facilitador das atividades relatou as ações de arte; o que confirmou a listagem relatada pela coordenadora do CAPS. A partir da tentativa de resolução do primeiro objetivo específico, foi possível verificar que não houve claramente delimitado um conceito de arte construído pelo Movimento, que variava desde atividades socialmente admitidas como arte, como as aulas de teclado, e aquelas que, aparentemente não parecem ser de arte, como horta e farmácia viva. O conceito de arte tornou-se, no MSMCBBJ, um significado partilhado pela maioria dos participantes e profissionais, segundo suas visões pessoais.

O segundo objetivo específico foi analisar os sentidos das práticas de cuidado que utilizam arte atribuídos por pessoas com transtorno mental. No movimento de encontrar uma resposta para este objetivo, os participantes da pesquisa, que possuíam algum tipo de transtorno mental, apontaram para a importância do acolhimento no cuidado em saúde mental como forma de não tornar o sujeito objeto de intervenção do profissional de saúde, mas fazendo-o sentir-se partícipe do cuidado de sua própria saúde, alimentando o sentimento de ser um sujeito capaz, de ser respeitado socialmente. O grupo, no único encontro previsto para a pesquisa, enfatizou tanto a importância de um cuidado acolhedor, que não tivemos tempo para discutir sobre arte. Sendo assim, combinamos outro encontro. Nesse dia, a liberdade foi um dos temas mais tocados nos sentidos de arte referidos pelos participantes: liberdade para movimentar-se, autonomia; liberdade para criar, expressar sentimentos, falar, dizer o que pensa, aprender e ensinar; liberdade para valorizar-se e pensar que, ao mesmo tempo em que é um sujeito singular, é “igual a todo mundo” (ALEXANDRE, GF2,L. 440,P.14).

Os sujeitos participantes apresentaram explicações diferentes para o que eles consideravam como arte, no entanto a experiência de sentir-se bem, poder movimentar-se, apontou para uma possibilidade e um respeito a sua liberdade, que um deles, com diagnóstico de esquizofrenia, afirmou sentir-se curado por poder interagir, movimentar-se e estar em espaços de criação, como disse Beto: “a diferença é que eu fiquei bom, né? To... to... só tomando remédio” (BETO, GF2, L320, P.11). Neste caso, é possível pensar que a cura seria mais a mudança da forma de socialização e valorização de si do que propriamente a eliminação do transtorno mental.

A arte tornou-se para estes sujeitos um caminho que respeita suas singularidades, um espaço para o exercício da autonomia, da valorização de si mesmo, da sensação de que pode arriscar-se a aprender, a se desenvolver, a tornar-se humano, desenvolver-se humano e perceber-se como ser humano interagindo com outros sujeitos, criando e intervindo no meio sócio-cultural; ideias que coadunam com os conceitos construídos por Vygotsky (2001a).

Nesse contexto, o que está mais veemente é a ideia de liberdade que a arte pode possibilitar e as construções de novos significados em suas vidas. Sendo assim, os sentidos de arte, relatados pelos sujeitos, foram agregados aos seus cotidianos e a superação ou convívio com seu transtorno mental. Deste modo, a ideia de liberdade aqui relatada impele a autora a retomar os primeiros capítulos deste trabalho, quando Foucault (1975) relatou o tratamento ridicularizador destinado às pessoas com transtorno mental, as quais não poderiam interagir socialmente por serem perigosas e precisarem de vigilância.

As ideias para que apontam este trabalho trazem o questionamento se humanizar a saúde, considerando o cuidado acolhedor às pessoas com transtorno mental não estaria vinculada em parte à dificuldade dos sujeitos sociais desenvolverem laços afetivos, sobretudo no campo da saúde, especificamente entre usuário e profissional. Neste caso, um mundo incapaz de criar laços afetivos seria um mundo onde os sujeitos interagiriam mais superficialmente e, assim, prejudicariam o seu desenvolvimento como ser humano social, ou bio-psico-social, como diria Amarante (1994), comprometendo inevitavelmente o desenvolvimento de uma civilização tão potente em termos de desenvolvimento humano como em termos de desenvolvimento psicológico.

Diante do exposto, faz-se mister apontar para a possibilidade de investigar se a luta pela humanização em saúde também se aproxima pela luta dos grupos de seres humanos desenvolverem-se como civilização, onde a formação acadêmica e a conduta do profissional em saúde mental seja eminentemente uma prática de encontro inter-humano e de exercício política para uma mudança social. Outrossim, se tais práticas configuram formas de relações que se pautam em práticas de liberdade onde a dialogicidade torna-se a essência dessa relação. Como Freire (1987, p. 80) pergunta: Como posso dialogar, se alieno a ignorância, isto é, se a vejo sempre no outro, nunca em mim? Como posso dialogar, se me admito como um homem diferente, virtuoso por herança, diante de outros meros “isto”?

Se, por um lado, tal autor pergunta, ele mesmo dá a resposta afirmando que onde não há humildade, abertura para o novo, amorosidade, compromisso ético com os seres humanos não pode haver mudança social. O exercício dialógico freiriano talvez seja um caminho para que não retomemos, com ainda mais força, as práticas pinelianas de submissão moral, controle social, impingindo ao sujeito com transtorno mental e sensação de dependência, de incapacidade, de exclusão do mundo social e culpa de que falava Foucault (1975), ideias que discutimos no início deste trabalho. A humanização na assistência em saúde talvez consista na carência de educação libertadora por parte dos protagonistas do cuidado em saúde que mude paulatinamente, mas de forma revolucionária, as relações entre estes sujeitos que a compõem.

Talvez o maior desafio do MSMCBJ seja o de conseguir crescer como ONG sem perder a essência em que foi forjada, ratificando a participação popular de sujeitos com e sem transtorno mental, sem haver distinção, mas efetivando incentivos para acreditar que os sujeitos podem se desafiar no mundo e acreditar no próprio potencial. Outrossim, o desenvolvimento destes sujeitos devem se pautar pelo respeito aos direitos, à liberdade de

que os participantes da pesquisa relataram. Neste contexto, a amorosidade se apresenta como eixo fundamental para a construção de relações saudáveis entre usuários e profissionais de forma humanizada e educada para a libertação, de ambos, da cadeia perversa gerada pela opressão. Talvez precisemos, para tanto, sermos mais poetas, homens de cultura e inventores de formas de viver, como afirma Rotelli (2001), ou sensibilizemos mais nosso coração e nossas retinas como afirmou Che Guevara (2003, p.14): “mas o leitor deste livro não sabe que espécie de fluido sensitivo recobre minha retina, eu próprio não sei com certeza”, quando falou de sua indignação em relação a opressão dos povos latino-americanos. Talvez precisemos aprender com o senso de liberdade e pela amorosidade aprendido e relatado pelos participantes para que aprendamos a andar juntos, usuários e profissionais, no caminho do desenvolvimento de uma cultura promotora de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M. J. Consciência e Atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica In. BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M da G. M.; FURTADO, O. (orgs) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2009.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 26, n.2, p. 222-245, 2006.
- ALESSANDRINI, C. D. Criatividade na educação para a paz. **Reflexões**, v. 3, n. 2, 1997.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A Reforma Psiquiátrica e os Desafios na Desinstitucionalização da Loucura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.299-316, 2006.
- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.11, n.3, p.491-494, set. 1995.
- AMORIM, A. K. de M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.14, n.1, pp. 195-204, 2009.
- ASBAHR, F. da S. F. A pesquisa sobre a atividade pedagógica: contribuições da teoria da atividade. **Revista Brasileira de Educação**, v. 29, p. 108-118, 2005.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado e os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, set-dez, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARRIO, L. Rodriguez; PERRON, N.; OUELLETTE, J. N.. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: (Orgs.) Campos, Rosana Onocko; Furtado, Juarez Pereira; Passos, Eduardo; Benevides, Regina. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2008.
- BARROS, J. A. C.. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saude sociedade** 2002, vol.11, n.1, pp. 67-84.
- BARROS, J.P.P. et al. O conceito de "sentido" em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica. **Psicologia e Sociedade**, vol.21, n.2, pp. 174-181, 2009.
- BASAGLIA F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BELLO, S. **Pintando sua alma- método de desenvolvimento da personalidade criativa**. Brasília: Centro de Criação, 1996.
- BERGO, M. S. A. A. Uma visão da Síndrome de Asperger sob o enfoque de Vygotsky. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Piracicaba, v. 3, n. 5, p. 97-104, 1999.
- BOSI, M. L. M. **Práticas inovadoras e desinstitucionalização: analisando um movimento comunitário em saúde mental no nordeste do Brasil**. 2008. No prelo.
- BOCK, A. M. B. ; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRANDÃO, I. R. **Afetividade e participação na metrópole**: uma reflexão sobre dirigentes de ONGs da cidade de Fortaleza. Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo: PUC, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde et al. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001/Saúde Mental**: Nova Conceção, Nova Esperança. Brasília: 2001.

_____. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS**: experiências exitosas e artigos acadêmicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CANDIDO, A. **Literatura e Sociedade**. São Paulo: T. S. Queiroz, 2000; Publifolha, 2000.

CARVALHO, M. A. A. S. **Fortalecimento das Pessoas com Transtornos Mentais**: a experiência dos usuários do Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, 2010.

CASTRO, E. D.; de LIMA, E. M. F. de. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.365-76, 2007.

CASTRO, G. S. de; CAVALCANTE, J. A. M. Psicologia comunitária e produção do espaço urbano nos diálogos sobre saúde mental comunitária. In. CORDEIRO, A. C. F.; VIEIRA, E. M.; XIMENES (Orgs); V. M. **Psicologia e(m) Transformação social**: práticas e diálogos. Fortaleza: Aquarela, 2007.

CIORNAI, S. **Arte-terapia**: o resgate da criatividade na vida. In: CARVALHO, M.M.M.J. et al. A arte cura? Recursos artísticos em psicoterapia. Campinas: SP, Psy II, 1995.

_____. Arteterapia gestáltica. In CIORNAI, S. (Org.) **Percursos em Arteterapia**. São Paulo: Summus, 2004.

CEDRAZ, A. **Nem tudo que reluz é ouro: Oficinas Terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica**. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 2006.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v.5, n. 2, p. 300-327, 2005.

COLAÇO, V. F. R. **Interações em sala de aula**: um estudo da atividade discursiva de crianças em séries iniciais. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO). Disponível em: www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/22765. Acesso em 03 jun.2011.

DANTAS, V. Arte e humanização das ações no campo da saúde. **Fortaleza Humaniza SUS**, Fortaleza, v. 01. p. 37-46, 2005.

DALGALARRONDO, P. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, V. 28 (3), 177:178, 2006. Disponível em <www.scielo.br>. Acesso em: 13 set. 2007.

_____. Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, V. 28 (3), 177:178, 2006. Disponível em <www.scielo.br >. Acesso em: 13 set. 2007.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DINO, C. R. A. **Biodança e ação social florescendo no Bom Jardim: A potência de um sonho**. Monografia para conclusão de curso de título de facilitador de biodança. Centro de Desenvolvimento Humano, 2007.

DUARTE, M. J. O. Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições. In: BRAVO, M. I. S. et al. **Saúde e serviço social**. Rio de Janeiro, Cortez, 2004. p.150-164.

ESPINOSA, B. **Ética demonstrada à maneira dos geômetras**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. São Paulo: Positivo, 2012.

FREIRE, J. C. A psicologia a serviço do outro: ética e cidadania na prática psicológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 12-15, 2003.

FOUCAULT, M. **Doença Mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FRIEDMAN, S. Uma aproximação metodológica ao estudo das emoções. In SAWAIA, B.; LANE, S.T M. (Orgs) **Novas veredas da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense; Educ, 2006.

FURTADO, O. O Psiquismo e a Subjetividade. In. BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M da G. M.; FURTADO, O. (orgs) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2009.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

GEERTZ, C. **O Saber Local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GÓIS, M. C. R. de; CRUZ, M. N. da. Sentido, significado e conceito : notas sobre as contribuições de Lev Vygotsky. **Pro-posições**, v. 17, n. 2, p. 31-45, ago., 2006.

GÓIS, C.W. de L. **Psicologia Comunitária – Atividade e Consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

_____. **Saúde Comunitária: pensar e fazer**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural**. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2003.

HINKEL, J.; MAHEIRIE, K. Rap-rimas afetivas da periferia: reflexões na perspectiva sócio-histórica. **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.spe 2, p. 90-99, 2007.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.14, n.1, p.297-305, fev., 2009.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 13 mai. 2010.

JAPIASSU, R. O. V. Criatividade, Criação e Apreciação Artísticas: A Atividade Criadora segundo Vygotsky. In VASCONCELOS, M. S. (Org.) **Criatividade: psicologia, educação e criação do novo**. São Paulo: Moderna, 2001.

_____. **Vygotsky e a criação artística infantil**. Sem data. Disponível em: br.monografias.com/.../vygotsky-criacao-infantil/vygotsky-criacao-infantil.shtml. Acesso em: 26 abr. 2009.

KANTORSKI, L. P. o CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA Reforma Psiquiátrica. In VALLADARES, A. C. A. (Org.) **Arte-terapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Rev. psiquiatr. clínica.**, v.34, suppl.1, p. 5-7, 2007.

LANE, S. T. M.; CODO, W. (Org.) **Psicologia Social: O homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

LANE, S. T. M.; ARAUJO, Y. (Org.) **Arqueologia das Emoções**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

LANE, S. T. M. A mediação emocional na constituição do psiquismo humano. In LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. **Novas Veredas da Psicologia Social**. São Paulo: Educ/Editora Brasiliense, 2006.

LEÃO, A.; BARROS, S. As Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Mental acerca do Modelo de Atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.17, n.1, Jan./Mar. 2008.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livro Horizonte, 1978.

LIMA, E. M. F. de A.; PELBART, P. P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. **História, Ciências, Saúde -Manguinhos**, vol.14, n.3, p. 709-735, 2007.

LIMA, E. M. F. A. **Clínica e criação: a utilização de atividades em instituições de saúde mental**. 1997. 201 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

LIMA, E. A. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação In COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. **Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania**. Coleções IPUB. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2004.

MOREIRA-ALMEIDA, Alexander; LOTUFO NETO, Francisco e KOENIG, Harold G. **Religiousness and mental health: a review**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2006, vol.28, n.3, pp. 242-250. Epub 10-Ago-2006. ISSN 1516-4446.

_____. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. São Paulo: Editora sextante, 2001.

MORIN, E. **Amor, poesia, sabedoria**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2005.

MARTINS, J. C. Vygotsky e o Papel das Interações Sociais na Sala de Aula: Reconhecer e Desvendar o Mundo. **Série Ideias**, n. 28, p. 111-122, 1997.

MECCA, R. C.; CASTRO, E. D. de. Experiência estética e cotidiano institucional: novos mapas para subjetivar espaços destinados à saúde mental. **Interface (Botucatu)**, vol.12, n.25, p. 377-386, 2008.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde? 1999. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-05.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2009.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília: 2007.

MOLON, S. I. **Subjetividade e Constituição do Sujeito em Vygotsky**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2003.

_____. **Constituição do Sujeito, Subjetividade e Sofrimento Ético-Político**. Sem data. Disponível em: www.rizoma.ufsc.br/pdfs/576-of9-st2.pdf. Acesso em: 31 mai. 2010.

MONTERO, M. **Hacer para transformar**: El método em La Psicología Comunitária. Buenos Aires: Paidós, 2006.

NAMURA, M. R. Porque Vygotsky se centra no sentido: uma breve inserção pela história do sentido na psicologia. **Psicologia Educacional**, v. 19, p. 91-117, 2004.

_____. **O sentido do sentido em Vygotsky**: Uma aproximação com a estética e com a ontologia do ser social em Lúkács. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

_____. O aporte da estética na categoria sentido do pensamento de Vigotski. In: II Colóquio de Psicologia da Arte, 2, 2007, São Paulo. **Anais do II colóquio de psicologia da arte**, 2007.

OSBORNE, H. **Estética e teoria da Arte**. São Paulo: Cultrix, 1978.

OSTROWER, F. **Criatividade e processos de criação**. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. **Acasos e criação artística**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

PAIVA, I. L. DE; YAMAMOTO, O. H. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. **História, Ciências, Saúde -Manguinhos**, v.14, n.2, p.549-569, 2007.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa** (PUC/RJ), PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d9iB_potV1IJ:www.slab.uff.br/exibe texto2.php%3Flink%3D.%252Ftexto%252Ftexto3.htm%26codtexto%3D3%26cod%3D3%26nome_ autor%3D%26tp%3D+Este+tema+do+biopoder+se+coloca+como+inevit%3%A1+ve+l+criando+uma+dificuldade&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&source=www.google.com.br. Acesso em: 16 jun. 2011.

PAZ, O. **El Arco e la Lira**. México: Fondo de Cultura Econômica, 1998.

_____. Ver e Usar: Arte e Artesanato. In PAZ, O. **Convergências**: Ensaio sobre arte e literatura. Rio de Janeiro: Rocco, 1991.

PINHEIRO, F. P. H. A. **Dramatizações e psicologia comunitária**: considerações teóricas e práticas a partir do processo de construção de atividades comunitárias. Obra não publicada. Fortaleza: UFC, 2008.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2005. p. 21-36.

PINO, A. O conceito de Mediação Semiótica em Vygotsky e seu Papel na Explicação do Psiquismo humano. **Cadernos Cedes**, v. 24, p. 32-43. Campinas: Cedes/Papirus, 1991.

PONTES, Pollyanna Alexandre Rolim; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 5, número especial, p. 45-50, 1997. Acesso em 2 jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspe06.pdf>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. **Secretaria Executiva Regional V**. Disponível em: http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=52. Acesso em: 13 mai. 2010.

RIBEIRO, M. A. G. **Concepções e Funções da Arte na Arteterapia**. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Católica de Goiás. Goiânia: UCG, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.

RINALDI, D. L.; LIMA, M. C. N. de. Entre a clínica e o cuidado: a importância da curiosidade persistente para o campo da saúde mental. **Mental**, v.4, n.6, p.53-68, 2006.

RIVIERE, Angel. **La psicologia de Vygotsky**. Madrid: Ed. Aprendizagem Visor, 1985.

RODRIGUES, Joelson Tavares. A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. **Psicologia e estudo**. 2003, vol.8, n.1, p. 13-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v8n1/v8n1a03.pdf>. Acesso em 03 jun. 2011.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**. São Paulo: Ed. Estação Liberdade, 1989.

ROTELLI, Franco. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio MF (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59.

SAADE, L. Arte-terapia: uma estratégia no desenvolvimento emocional e cognitivo. **Reflexões**, v. 3, n. 2, 1997.

SAWAIA, Bader Burihan O Sofrimento Ético Político como Categoria Dialética Exclusão/Inclusão. In SAWAIA, B. B. (Org). **As Artimanhas da Exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2004. P. 97-118.

_____. Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In LANE, S., T. M.; SAWAIA, B. B. **Novas Veredas da Psicologia Social**. São Paulo: Educ/Editora Brasiliense, 2006.

SILVA, T. J. Caleidoscopias narrativas: a outra desinstitucionalização da loucura. In VALLADARES, A. C. A. (Org.) **Arte-terapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004.

TOMMASI, S.M. **Arte-terapia e loucura**. São Paulo:Vetor, 2005.

TORRE, E. H. G. **A reforma psiquiátrica como empresa social**: um estudo sobre a reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

VALLADARES, A. C. A. Arte-terapia e a reabilitação social das pessoas em sofrimento psíquico. In VALLADARES, A. C. A.(Org). **Arteterapia no novo paradigma de atenção em saúde mental**. São Paulo: Vetor, 2004.

VAN DER VEER, R.; VALSINER, J. **Vygotsky**: uma síntese. São Paulo: Loyola, 2006.

VASCONCELOS, E. M.; **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teoria e estratégias. São Paulo: Ed. Paulus, 2003.

_____. Podemos ser curadores, mas sempre... também feridos! Dor, envelhecimento e morte e suas implicações pessoais, políticas e sociais. In: VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006

VYGOTSKY, L. S. **La imaginación y arte en la infancia**. Biblioteca antocha, 1934. Disponível em: http://www.antorcha.net/biblioteca_virtual/pedagogia/vigotsky/indice.html. Acesso em: 26 abr. 2009.

_____. **Obras Escogidas** (Vol. 2). Madrid: Visor distribuciones, 1982.

_____. **O desenvolvimento psicológico na infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

_____. **Psicologia da Arte**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Teoria e Método em Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004a.

_____. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2004b.

YAMAMOTO, O. H.; Paiva, I. L. de. Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. **História, ciência e saúde-Manguinhos**, v.14, n.2, p. 549-569, abr.-jun., 2007.

WERTSCH, J.V. Apresentação. In: VYGOTSKY, L. S; LURIA, A. R. **Estudos sobre a História do Comportamento: o Macaco, o Primitivo e a Criança**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Psychosocial Rehabilitation-A Consensus Statement**. WHO/MNH/MND/96.2. Disponível em: <http://www.who.int/mas/mnh/mnd/psr.htm>. Acesso em 11 jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). **Report on WHO consultation, Division of Mental Health and Prevention of substance abuse**. Geneve, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A**SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS**

Usuários do CAPS						
Diagnóstico geral em que se enquadra o transtorno	Quant.	Usuário	Diagnóstico específico	Atividade	Entrada na atividade de arte	Participantes da Pesquisa
Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos (F00-F09)	01	André	F06.9-Transtorno mental não especificado devido a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física.	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Sem registro	
Esquizofrenia, Transtornos Esquizotípicos e Transtornos Delirantes (F20-F29)	20	Luiza	F20.0Esquizofrenia paranóide	Expressão corporal	22 de Outubro de 2008	Beto
		Jeová	F.20Esquizofrenia paranóide	Expressão corporal	17 de Setembro de 2008	
		Marcio	F.20Esquizofrenia paranóide	Expressão corporal	Abril de 2008	
		Luiz	F20.0Esquizofrenia Paranóide	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	05 de Janeiro de 2006	
		Elton	F 20Esquizofrenia	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Valber	F20Esquizofrenia	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	21 de Julho de 2008	
		Sávio	F20Esquizofrenia	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	Junho de 2008	
		José	F20Esquizofrenia	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	24 de Outubro de 2008	
		Carlos	F20.6Esquizofrenia simples	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Silvio	F20.9Esquizofrenia não especificada	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Alvaro	F29Psicose não orgânica não especificada	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Março de 2008	
		Fernando	F29 Psicose não orgânica não especificada	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Josias	F29Psicose não orgânica não especificada	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	19 de Abril de 2007	
		Marcelo	F29.0Psicose não orgânica não especificada	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Cristóvão	F29 Psicose não orgânica não especificada	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Sem registro	
Geisa	F29 Psicose não orgânica não especificada	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	29 de Maio de 2009			
Monalisa	F29 Psicose não orgânica não	Canto e	16 de Abril			

			especificada	Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	de 2009	
		Sabrina	F20.1Esquizofrenia hebefrênica F20.4-Depressão pós-esquizofrênica	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	10 de Outubro de 2006	
		Paulo	F29 Psicose não orgânica não especificada F20-Esquizofrenia	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	19 de Setembro de 2008	
		Beto	F20Esquizofrenia F25Transtornos esquizoafetivos	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	06 de Outubro de 2008	
Transtorno de Humor(Afetivos) F30-F39	13	Ivana	F31Transtorno bipolar	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	24 de Novembro de 2006	Maria Érida Salvanira
		Fernanda	F31Transtorno bipolar	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Soraia	F32.1-Episódio depressivo moderado	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Olívia	F32-Episódios depressivos	Pintura em tela e Pintura em Tecido	Fevereiro de 2010	
		Maria	F32-Episódios depressivos	Expressão corporal	8 de Abril de 2008	
		Mariana	F32-Episódios depressivos	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Érida	F33.2 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	Oficina de Fuxico	Fevereiro de 2010	
		Salvanira	F33.3 Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos	Teclado	Fevereiro de 2010	
		Bárbara	F33-Transtorno depressivo recorrente	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	06 de Abril de 2009	
		Patrícia	F31.9-Transtorno afetivo bipolar, não especificado.	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	27 de Fevereiro de 2009	
		Fabírcia	F31- Transtorno afetivo bipolar	Canto e Coral/Teatro e Of.Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Eveline	F31.6-Transtorno afetivo bipolar,episódio atual misto F32-Episódios depressivos	Expressão corporal	20 de Março de 2009	

		Willian	F32.3-Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos F31- Transtorno afetivo bipolar	Canto e Coral/Teatro e Of. Terapêutica Produtiva	18 de Março de 2009	
Transtornos Neuróticos, Transtornos Relacionados com "Stress" e Transtornos Somatoformes (F40-F48)	05	Angela	F.41.1- Transt.ansiedade generalizada F41.0- T.pânico	Pintura em tela	Fevereiro de 2010	
		Celina	F. 41.2 Transtorno misto ansioso depressivo	Oficina de Fuxico	Fevereiro de 2010	
		Ludmila	F.41.1/F41 Transtorno de Pânico/Ansiedade	Farmácia Viva	Fevereiro de 2010	
		Natália	F 41.2 Transtorno misto ansioso depressivo	Teclado	Agosto de 2009	
		Monera	F 41.2/F 42 Transtorno misto ansioso depressivo/Transtorno obsessivo-compulsivo	Pintura em Tecido	Fevereiro de 2010	
Retardo Mental (F70-F79)	04	Lúcio	F71- Retardo mental moderado	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Eduardo	F72 Retardo mental grave	Teclado	Agosto de 2009	
		Leonardo	F 79-Retardo mental não especificado	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	23 de Novembro de 2006	
		Júlia	F72-Retardo mental grave F71-Retardo mental moderado	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	12 de Setembro de 2006	
Mais de uma categoria de transtorno diagnosticada	10	Ramiro	F79/F29 Retardo mental, não especificado/Psicose não orgânica não especificada	Teclado	Agosto de 2009	Roberto
		Roberto	F84.5 Síndrome de Asperger G24.0- Distonia F25- Transtorno esquizoafetivo	Percussão	Fevereiro de 2010	
		Rubens	F20.9-Esquizofrenia não especificada F91.2-agressividade	Expressão corporal	26 de Maio de 2009	
		Danilo	F 79-Retardo Mental F 20-Esquizofrenia F 60-Transtorno de Personalidade Paranóide	Expressão corporal	11 de Dezembro de 2009	

		Lino	F 71-Retardo mental moderado F10-Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	Fevereiro de 2010*	
		Ronaldo	F79- Retardo mental não especificado F29- Psicose não orgânica não especificada F06 Transtorno mental devido à lesão e disfunção cerebral e a doença física G40-Epilepsia	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	05 de Maio de 2009	
		Sérgio	F06- Transtorno mental devido à lesão e disfunção cerebral e a doença física F 60-T. <i>Psicótico orgânico</i>	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	05 de Outubro de 2009	
		Melina	F44-Transtornos dissociativos de conversão F31-Transtorno afetivo bipolar F63.8-Transtornos dos hábitos e dos impulsos	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	Sem registro	
		Hélio	F29- Psicose não orgânica não especificada F10-Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	01 de Outubro de 2008	
		Rodrigo	F29- Psicose não orgânica não especificada F10.2-síndrome de dependência (Alcoolismo)	Canto e Coral/Teatro e Oficina Terapêutica Produtiva	19 de Dezembro de 2008	
TOTAL	53					05
Usuários dos serviços de saúde mental do MSMCBJ						
Transtorno de Humor(Afetivos) F30-F39		Esmeralda	F32-Episódios depressivos	Oficina de Confecção de bonecas de Pano Biodança	2000	Esmeralda Meuri
		Meuri	F32-Episódios depressivos	Fuxico Teatro	1996	

*Os nomes dos usuários foram trocados por pseudônimos para que se preservasse o sigilo das informações.

APÊNDICE B

ROTEIRO GRUPO FOCAL 1

1. Movimento/CAPS:

- Vocês podem falar como chegaram ao Movimento ou ao CAPS?
- Quais são as atividades ou grupos que vocês participam aqui no Movimento?
- Como vocês chegaram nesta(s) atividade(s)? Alguém indicou?
- Vocês podem explicar o que fazem nesses grupos?

2. Cuidado em saúde mental:

- Em um momento de sua vida, vocês precisaram de atendimento no CAPS.
Me falem sobre isto.
- O que sentiam?
- Como é para vocês cuidarem de sua saúde mental?
- Como é o acompanhamento do Movimento no cuidado da saúde de vocês?
- Qual o papel que a arte tem no cuidado da saúde de vocês?
- Que mudanças vocês percebem em sua vida depois que começou a participar desta(s) atividade(s)?
- Como vocês se sentem atualmente de saúde?

3. Que sugestões vocês teriam para que estas atividades melhorem?

APÊNDICE C

TRABALHO DE RELAXAMENTO PARA A ATIVIDADE COM ARTE

Hoje, vamos conversar sobre suas experiências nas atividades de arte e como estas experiências têm ou não têm contribuído para a saúde e o bem estar de vocês.

Mas, para fazer esta discussão, eu gostaria de convidar vocês para falar sobre suas experiências de arte através da própria arte; através de papel, tinta, lápis, cola, massa de modelar etc.

Para isto, eu gostaria de convidar vocês a fazer um pequeno relaxamento.

Viagem de fantasia

1. Gostaria que vocês fechassem os olhos.
2. (LIGAR A MÚSICA RELAXANTE)
3. Procurem se sentar numa posição confortável.
4. Tentem respirar lentamente pelo nariz e soltar pela boca, soltando lentamente
5. Agora, tentem imaginar como está o corpo de vocês, como está sua respiração, se ainda está rápida, por conta dada vinda para cá, se já se acalmou.
6. Como estão suas pernas, seus braços, como estão seus músculos... se estão tensos, relaxados...
7. Procure ver como vocês estão: se estão bem, estão preocupados, ansiosos, felizes ou tristes com alguma coisa, alguma notícia, algo que vocês tem para resolver. Se estão bem, se se sentem dispostos...
8. Agora gostaria que vocês se transportassem a época em que vocês chegaram ao Movimento, na época que vocês tiveram o primeiro atendimento.
9. Como vocês se sentiam, o que vocês estavam vivendo naquele momento. (BREVE PERÍODO DE TEMPO)
10. Tentem ver a forma como vocês foram atendidos, quem atendeu vocês, as pessoas que conversaram com vocês, onde vocês sentiram mais apoio e ajuda, onde vocês não sentiram apoio, o que vocês trazem como lembrança mais importante dessa época.
11. Agora tentem lembrar, de como foi sua entrada nas atividades de arte: que atividade você mais se identificou, como você se sentia participando dela, o que Você mais gostava e o que não gostava.
12. Tentem ver em que participar dessa atividade ajudou na sua saúde, na sua vida... ou se não ajudou. Tentem ver o que significa arte para vocês.
13. (PEGAR O MATERIAL E DISTRIBUIR NO CENTRO DA SALA)

14. Agora gostaria de convidar vocês a deixarem essa lembrança e pouco a pouco irem retornando a atividade que estamos fazendo hoje.
15. Aos poucos vocês vão retornando a sala, tentando perceber como está agora seu corpo, tentando perceber os barulhos da sala, tentando perceber a presença das outras pessoas que estão com você neste momento.
16. Agora, pouco a pouco vocês vão abrindo os olhos...
17. Vocês vão encontrar no centro da sala um material de arte. Escolham o material que vocês mais se identificam e tentem elaborar um desenho, um objeto de massa de modelar que possa falar o que significa arte pra vocês.
18. Teremos 20 minutos para isto, depois conversaremos.

APÊNDICE D

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL 2

1. Arte:

- O que vocês produziram?
- Como é trabalhar com arte?
- O que vocês sentem nesse trabalho com arte?
- Existe algo que os motiva? Fale-me sobre isso.
- Qual é o tipo de atividade de arte que vocês gostam mais? Por quê?
- Existe alguma dificuldade nessa atividade?
- Existe algo que vocês mudariam no trabalho com arte?
- Qual o papel que a arte tem no cuidado de sua saúde?
- Que mudanças vocês percebem em suas vidas depois que começaram a participar desta(s) atividade(s)?
- Como vocês se sentem atualmente de saúde?
- Que sugestões vocês teriam para que estas atividades melhorem?
- O que vocês fazem com os produtos de arte que produzem?
- Vocês já foram para alguma exposição de arte?
- Vocês se consideram artistas?

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), de uma pesquisa sobre a experiência de pessoas que entraram no Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim (MSMCBJ) para tratamento de transtorno mental e que participam de atividades de arte. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça as perguntas que desejar para que todos os procedimentos sejam esclarecidos.

Para a realização desta pesquisa será realizado um grupo de discussão com 08 pessoas atendidas por psiquiatras do CAPS do Bom Jardim e do MSMCBJ e um familiar de uma destas pessoas. Estas pessoas não receberão pagamento para participar desta pesquisa.

As pessoas atendidas por psiquiatras do CAPS do Bom Jardim e do MSMCBJ e o familiar de uma destas pessoas serão convidados a participar de dois encontros de discussão em grupo, com duração de 2 horas cada, sobre suas experiências de vida, participação em atividades de arte e o cuidado de sua saúde mental. No primeiro encontro, as pessoas serão convidadas a discutir sobre suas experiências de cuidado em saúde mental. No segundo encontro, as pessoas serão convidadas a criar algum produto artístico que fale de sua experiência em atividades de arte e discutir sobre tais experiências. Os produtos artísticos serão fotografados, com a prévia permissão dos participantes. A realização dos grupos de discussão ocorrerá em dia e horário a ser combinado com os participantes. Gravarei todas as informações, caso os participantes concordem.

Garanto que você terá acesso às informações colhidas nesta pesquisa, com a garantia e que seu nome não será identificado. Após a leitura destas informações e explicação das dúvidas, sua assinatura neste documento significa que concordou em participar desta pesquisa. Você pode desistir de participar desta pesquisa em qualquer momento.

Esta pesquisa será útil para avaliar o Movimento de Saúde Mental Comunitária do Bom Jardim, podendo favorecer a melhoria de suas atividades e a utilização de seus resultados servirá para a avaliação de outros serviços de saúde mental.

Em caso de dúvida se comunicar com a pesquisadora, Sicília Maria Moreira de Araújo, nos telefones (85) 8777-1010 e (85) 3217-3146, pelo e-mail sicilia.moreira@gmail.com ou no endereço Rua Braz de Francesco, 100, aptº 201, bloco 7, Bairro São Gerardo. Outras informações podem ser obtidas junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará; Rua Coronel Nunes Melo, 1127, Bairro Rodolfo Teófilo, telefone (85) 3366-8338.

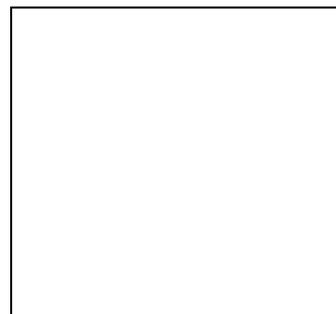
O Abaixo assinado, _____, ____ anos, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário desta pesquisa. Eu declaro que li este documento, tirei minhas dúvidas sobre a pesquisa e recebi as informações esclarecedoras. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Fortaleza _____, de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Assinatura de Testemunha

Sicília Maria Moreira de Araújo- Pesquisadora



Impressão digital

ANEXO

ANEXO A

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 219/10 Fortaleza, 10 de setembro de 2010
Protocolo COMEPE nº 189/10
Pesquisador responsável: Sicília Maria Moreira de Araújo
Título do Projeto: "Sentidos de arte como prática de cuidado na perspectiva de pessoas com transtorno mental"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o protocolo e o TCLE do projeto supracitado na reunião do dia 09 de setembro de 2010.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Assinatura manuscrita em tinta roxa de Mirian Parente Monteiro.

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC