



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

CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**PRÁTICAS DE CUIDADO PELA ARTE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
FORTALEZA/CE: UMA CARTOGRAFIA EM TEMPOS DE CRISE DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

FORTALEZA

2024

CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA

**PRÁTICAS DE CUIDADO PELA ARTE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
FORTALEZA/CE: UMA CARTOGRAFIA EM TEMPOS DE CRISE DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia.

Linha de Pesquisa: Subjetividade e Crítica do Contemporâneo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Tavares Cavalcanti
Liberato

FORTALEZA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- O46p Oliveira, Camila Ribeiro de.
Práticas de cuidado pela arte na atenção psicossocial de Fortaleza/CE : uma cartografia em tempos de crise da reforma psiquiátrica no Brasil / Camila Ribeiro de Oliveira. – 2024.
230 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2024.
Orientação: Profa. Dra. Mariana Tavares Cavalcanti Liberato.
1. Cuidado. 2. Arte. 3. Cartografia. 4. Atenção Psicossocial. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Título.
CDD 150
-

CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA

PRÁTICAS DE CUIDADO PELA ARTE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE
FORTALEZA/CE: UMA CARTOGRAFIA EM TEMPOS DE CRISE DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Departamento de Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Subjetividade e Crítica do Contemporâneo.

Aprovada em: 08/02/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mariana Tavares Cavalcanti Liberato (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. João Paulo Pereira Barros

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dr^a. Érica Atem Gonçalves de Araújo Costa

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, José e Silvana.

Agradecimentos

Reconheço que chegar até aqui só foi possível graças ao meu pai, José. Obrigada, paizinho, por tudo que sou. Onde quer que esteja, saiba que o amor que me destes em vida foi tão grandioso que continua sendo para mim uma fonte inesgotável de força. Saudades eternas.

À minha melhor amiga e mãe, Silvana, por ter sido tão amorosa e acolhedora nesse período e sempre. Te amo!

Ao meu irmão, Matheus, pela paciência que teve comigo, principalmente no percurso final.

À Mariana Liberato, minha orientadora, que é incutida não só de uma grande dedicação acadêmica, mas também de uma afetividade e delicadeza muito raras na academia. Obrigada por ter aceitado mais esse desafio e o ter feito com notável competência e generosidade, respeitando meu tempo e limites. Sua força como mulher, pesquisadora e mãe é uma fonte de inspiração. Agradeço não só pelos ensinamentos, mas igualmente pela amizade e parceria que construímos ao longo desse período trabalhando juntas. Jamais esquecerei todo o carinho e cuidado que você teve comigo.

Aos professores que compõem a banca de defesa, João Paulo e Érica Atem, que acompanharam o trabalho e cujas leituras cuidadosas e contribuições foram imprescindíveis para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus irmãos de coração, Rebeca e João Pedro, que estão comigo nessa caminhada desde o início, acreditando em mim e me dando apoio. Obrigada por me ensinarem todos os dias o que é amizade e por fazerem isso com tanta leveza, compreensão e carinho. E me desculpem, claro, pelas ausências, especialmente no percurso final. Amo vocês.

Às minhas aliadas de pós, Mayara e Carla Jéssica, que tornaram esses anos tão significativos e cheios de aprendizados, que compartilharam comigo as dores e as alegrias desse processo, sempre abertas para uma escuta e um abraço acolhedor. Obrigada por me acompanharem nos questionamentos e dividirem comigo longas conversas durante o trajeto. Tenho uma profunda admiração por ambas e tenho certeza de que independentemente do rumo que escolherem em suas vidas profissionais vocês serão extraordinárias.

À Cai Prado e Vitória Araújo, que tanto me emprestaram seus ouvidos para minhas reclamações e medos, que estenderam a mão quando eu mais precisei. Obrigada pelas saídas e por insistirem em me ter por perto. Sem vocês teria sido muito difícil terminar essa jornada.

À Hemerson por cuidar de mim nos dias mais difíceis e principalmente por me acompanhar e ser fonte de alegria em todos os outros dias, ajudando-me a me manter em pé. Obrigada também à sua família, por terem me recebido tão bem em sua casa nos últimos meses.

Aos passarinhos do Programa “PASÁRGADA: Promoção de Arte, Saúde e Garantia de Direitos” pelas muitas trocas que tivemos. É uma honra estar junto de vocês.

Aos profissionais e usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral onde foi realizada a pesquisa pela confiança e parceria. Obrigada por terem me recebido tão bem mesmo em meio ao caos do momento. Espero que esse trabalho possa servir como um possível fôlego em meio às dificuldades vividas.

À Universidade Federal do Ceará (UFC) e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi) pela oportunidade de realizar esse sonho.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

“Cantarei versos de pedras.

Não quero palavras débeis

para falar do combate.

Só peço palavras duras,

uma linguagem que queime.

Pretendo a verdade pura:

a faca que dilacere,

o tiro que nos perfure,

o raio que nos arrase.

Prefiro o punho ou foice

às palavras arredias.

Não darei a outra face.”

(Lemos, 2017, p. 214)

Resumo

Ao longo da história da reforma psiquiátrica no Brasil, importantes conquistas foram alcançadas no campo da saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como a implementação do modelo de atenção psicossocial. Neste contexto, surge o interesse de abranger outros saberes e fazeres além do psiquiátrico, sendo as práticas de cuidado com arte expressamente reconhecidas por suas potencialidades neste âmbito. No entanto, com o cenário experienciado nos últimos anos de intensificação dos fluxos neoliberais, assiste-se hoje ao fortalecimento de forças conservadoras que gestam uma onda manicomial no país, tornando necessário refletir sobre os horizontes possíveis do trabalho com arte nesse panorama. Pensando nisso, foi conduzida uma pesquisa-intervenção de cunho cartográfico, bricolada com proposições da análise institucional francesa, em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral de Fortaleza/CE, buscando, como objetivo geral, investigar as possibilidades do cuidado com arte na atenção psicossocial em tempos de crise da reforma psiquiátrica no Brasil. Seus objetivos específicos foram: a) discutir sobre a crise da reforma psiquiátrica brasileira e seus efeitos no trabalho em saúde mental, em especial no cuidado pela arte; b) cartografar práticas atuais de cuidado com arte em um CAPS da cidade de Fortaleza/CE; c) refletir sobre os efeitos do cuidado com arte na produção de saúde e de modos de existência neste contexto, a partir da perspectiva de usuários e profissionais do serviço. O estudo envolveu o uso de entrevistas semiestruturadas, atividades de sala de espera, roda de conversa com membros da equipe, momentos de restituição com os participantes, além de participação em atividades artísticas oferecidas pelo serviço, com o emprego da observação participante e de diários de campo. O exercício analítico, amparado na análise de implicação e na interseccionalidade, consistiu em visibilizar as linhas de força que atravessam as práticas de cuidado com arte em meio à turbulência que opera hoje na

saúde mental, comprometendo-se com uma postura ético-estético-política a favor da vida. A discussão estabeleceu diálogos entre a esquizoanálise, a análise institucional, os princípios da reforma psiquiátrica e contribuições de autores perfilados aos estudos decoloniais. Como resultados e discussão, a pesquisa evidenciou, junto aos participantes, forças de distintas naturezas que afetam o cuidar através da arte no contemporâneo, a saber: escassez de recursos humanos, materiais e financeiros; carência de iniciativas públicas voltadas para a promoção da arte no contexto da atenção psicossocial; desinvestimento em estratégias coletivas de cuidado; ausência de um olhar interseccional na produção de cuidados com arte; e falta de conhecimento a respeito das potencialidades da arte para a produção de saúde pelos participantes. De outro modo, destacou que a arte pode produzir e fortalecer elementos que gerem o cuidado psicossocial, rastreando pelo menos três de suas possibilidades no contexto proposto: a) como dispositivo que fomenta a potência de agir dos trabalhadores da saúde mental; b) como estratégia potencializadora de encontros; c) como agenciadora de uma dimensão inventiva no trabalho em saúde mental. Conclui-se defendendo o investimento na produção de conhecimento e de estratégias que fortaleçam o cuidado pela arte na esfera da atenção psicossocial como forma de resistência aos tempos desafiantes de hoje.

Palavras-chave: cuidado, arte, cartografia, atenção psicossocial, reforma psiquiátrica

Abstract

Throughout the history of psychiatric reform in Brazil, important achievements were achieved in the field of mental health within the scope of the Unified Health System (UHS), such as the implementation of the psychosocial care model. In this context, there is an interest in covering other knowledge and practices beyond psychiatric, with art care practices being expressly recognized for their potential in this field. However, with the scenario experienced in recent years of intensification of neoliberal flows, today we are witnessing the strengthening of conservative forces that generate a wave of asylums in the country, making it necessary to reflect on the possible horizons of working with art in this panorama. With this in mind, a cartographic intervention research was conducted, bricolaged with propositions from French institutional analysis, in a General Psychosocial Care Center (CAPS) in Fortaleza/CE, seeking, as a general objective, to investigate the possibilities of care with art in Psychosocial care in times of crisis in psychiatric reform in Brazil. Its specific objectives were: a) to discuss the crisis of Brazilian psychiatric reform and its effects on mental health work, especially in care through art; b) map current art care practices in a CAPS in the city of Fortaleza/CE; c) reflect on the effects of caring for art on the production of health and the modes of existence in this context, from the perspective of service users and professionals. The study involved the use of semi-structured interviews, waiting room activities, conversation circles with team members, moments of restitution with participants, in addition to participation in artistic activities offered by the service, using participant observation and diaries. field. The analytical exercise, supported by the analysis of implication and intersectionality, consisted of visualizing the lines of force that cross art care practices amid the turbulence that operates today in mental health, committing to an ethical-aesthetic-political stance in favor of life. The discussion established dialogues between schizoanalysis,

institutional analysis, the principles of psychiatric reform and contributions from authors profiled in decolonial studies. As results and discussion, the research revealed, among the participants, forces of different natures that affect care through art, namely: scarcity of human, material and financial resources; lack of public initiatives aimed at promoting art in psychosocial care; disinvestment in collective care strategies; and lack of knowledge regarding the potential of art for producing health among participants. In another way, it highlighted that art can produce and strengthen elements that manage psychosocial care, tracing at least three of its possibilities in the proposed context: a) as a device that promotes the power of action of mental health workers; b) as a strategy to enhance meetings; c) as an agent of a creative dimension in mental health work. It concludes by defending investment in the production of knowledge and strategies that strengthen care for art in the sphere of psychosocial care as a form of resistance to today's challenging times.

Keywords: care, art, cartography, psychosocial care, psychiatric reform

Lista de Figuras

Figura 1

Fanzine “As formigas” 176

Lista de Abreviatura e Siglas

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE	Ceará
CECO	Centro de Convivência e Cultura
CEDECA	Centro de Defesa da Criança e do Adolescente
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CFP	Conselho Federal de Psicologia
EPS	Educação Permanente em Saúde
IES	Instituições de Ensino Superior
FUNDESG	Fundação Educacional Silvestre Gomes
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não binárias.
MDS	Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome
MG	Minas Gerais
MPRJ	Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
MinC	Ministério da Cultura
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental

PASÁRGADA	Promoção de Arte, Saúde e Garantia de Direitos
PPA	Projeto de Lei Plurianual
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PET	Programa de Educação Tutorial
PPGpsi	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PTS	Projetos Terapêuticos Singulares
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SER	Secretarias Executivas Regionais
SOPAI	Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SP	São Paulo
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UA	Unidades de Acolhimento

Sumário

Introdução - Desabrochando uma dissertação.....	12
Contextualizando a saúde mental no cenário brasileiro contemporâneo: a reforma psiquiátrica em crise.....	25
A saúde mental no Brasil: entre embates e disputas.....	26
A quarta onda.....	44
Os escombros pós-apocalípticos.....	56
Escritos sobre a produção de cuidados através da arte no campo da atenção psicossocial.....	61
Diálogos entre arte e saúde mental no contemporâneo: o que dizem as publicações no contexto brasileiro?.....	62
Ainda há lugar para a arte na saúde mental?.....	69
A produção de cuidados através da arte.....	80
Pesquisando em (contra)reforma.....	90
Tipo de pesquisa.....	90
Cenário do estudo.....	95
Participantes da pesquisa.....	103
Cultivo de dados.....	103
Procedimentos éticos.....	118
Análise e discussão dos resultados: cartografando possíveis.....	120
É pertinente ainda falarmos de uma “crise”?.....	123
<i>Cadê a arte que estava aqui?</i>	150
Procurando pelos valagumes.....	162
<i>Primeiro rastro: a arte como dispositivo para os que operam no “olho do furacão” antimanicomial.....</i>	<i>162</i>

<i>Segundo rastro: “O que há de valor em um encontro?”</i>	172
<i>Terceiro rastro: “É preciso intervir na crise não como médico, mas como artista</i>	181
Para não finalizar	190
Referências	193
Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP	222
Anexo B – Declaração de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde	227
Anexo C – Modelo de TCLE	228

Introdução - Desabrochando uma dissertação

Não quero ter a terrível limitação de quem vive apenas do que é passível de fazer sentido. Eu não: quero é uma verdade inventada (Lispector, 1998a, p. 20).

Uma pesquisa, como toda criação, exige um envolvimento. E quando estamos implicados de corpo inteiro, mergulhados da cabeça aos pés, há sempre o desejo e a alegria que conduzem e alimentam o processo, mas a isso acrescento, também, algumas fadigas, receios e paralisações. Por esse motivo, afirmo que este trabalho é tecido, acima de tudo, por afetos. Nele, é possível encontrar suor e lágrimas, sorrisos e sonhos, frustrações e entusiasmos, e até mesmo algumas de minhas próprias crises.

Mas longe do que se espera, estas afetações, este meu envolvimento, também serão parte importante do percurso que irei apresentar aqui, incluindo os períodos de calma e os de turbulência experienciados no trajeto. Assim, a minha implicação será um dos ingredientes centrais deste trabalho.

Devo reconhecer, no entanto, que este talvez tenha sido um dos meus principais desafios, se não o maior. É que a utilização da análise de implicação parece-me algo cada vez mais ousado nos dias de hoje, tendo em vista o regime de bloqueio e anestesiamento que o contemporâneo nos impõe a todo momento (Rolnik, 2018). Talvez esta seja uma questão nuclear que se coloca para todos aqueles que se propõem a pesquisar apostando nesta ferramenta analítica.

Ao longo dessa caminhada, foram inúmeras as intensidades de fluxos, aglutinações, desvios e encontros, com pessoas, cenários, autores, conceitos, livros, poesias, músicas... Momentos estes que me deslocaram para terras desconhecidas, rachando certezas que estavam confortavelmente instaladas. Nesse ínterim, entrei em embate comigo mesma,

apaguei páginas inteiras, mudei de rota, renovei caixas de ferramentas, bebi de fontes diversas, tudo o que foi preciso para dar passagem aos fluxos e escapar dos engasgos que insistiam em aparecer.

Desde o princípio, assumiu-se um risco: o de pensar e criar diferentemente. Com isso, veio muito empenho, estudo e mais ainda, uma entrega intensa, “de corpo e língua”, como diria Rolnik (2016, p. 24). Tendo mergulhado em campo, busquei estar aberta aos acontecimentos e afetos que fluíam. Desse modo, o resultado não poderia ser outro senão o de uma operação feita em contornos cambiantes.

E talvez seja por isso que, neste momento, escrevendo esta introdução, eu sinta tanta dificuldade de contar essa história. Por onde começar? São tantas as entradas possíveis! Tudo depende do recorte que se queira fazer. De fato, esta dissertação se constituiu numa sequência não linear de movimentos, incômodos, perguntas. Ela foi surgindo e se desenvolvendo entre muitos embates e disputas, que sequer começaram no mestrado. Olhando para trás, percebo que era como se a pesquisa tivesse vida própria; um corpo que, desde o princípio, ditava seus próprios rumos e tecia seus próprios sentidos. Porém, lançando-me neste desafio, recordo uma passagem de Rolnik (2006b, p. 65) que diz: “Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas”.

Então vejamos.

Quando sai para essa viagem, a minha intenção era realizar produções audiovisuais junto a usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral da cidade de Fortaleza. O meu objetivo? Cartografar o potencial dessa experiência para a construção coletiva de cuidado e memória da relação arte-loucura-clínica neste serviço. A motivação, naturalmente, era o meu grande interesse pela temática das imagens, assim como a minha recente aproximação com o campo saúde mental, pelo qual eu havia desenvolvido uma paixão no final do curso de Psicologia.

O desejo por esse estudo também se amparava no meu vínculo com o equipamento proposto desde 2020, ainda na graduação, através de vivências como estagiária e extensionista, que, diga-se de passagem, foram realizadas quase que inteiramente por meios remotos devido a pandemia da Covid-19.

Com tal proposta, eu ansiava por dar continuidade a uma investigação iniciada em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), onde explorei a potência das imagens cinematográficas para a construção de um cuidado clínico-político em saúde mental. Um estudo que, de certa forma, já denunciava o meu interesse em falar sobre arte, linhas de fuga, resistência, ética, política, clínica e tantas outras ferramentas-conceitos que se juntaram para moldar, em consonância com a filosofia da diferença e princípios da reforma psiquiátrica, o meu entendimento de cuidado em saúde mental como produção de vida, ao invés de reprodução e captura subjetiva dos sujeitos.

Mas como um dos primeiros passos da pesquisa, fui orientada a me reaproximar do campo escolhido, agora com o olhar de cartógrafa, enquanto eu ia experimentando o mestrado, lapidando meu projeto e me aprofundando nas leituras necessárias. Para isso, ingressei mais uma vez na extensão que eu havia participado na graduação, fruto de uma parceria entre o CAPS escolhido para a pesquisa e o Programa “PASÁRGADA: Promoção de Arte, Saúde e Garantia de Direitos”, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), visando o apoio a um grupo artístico-terapêutico oferecido no equipamento. De acordo com a minha orientadora, esse era o momento de sentir e habitar o território mais uma vez, em especial agora em que era possível frequentar o local presencialmente graças ao controle da pandemia.

O que eu não esperava, todavia, era que esse reencontro com o serviço me geraria tanta angústia ao ponto de eu decidir mudar os rumos da minha pesquisa. Lembro-me que o cenário conturbado da saúde mental no Brasil não era, obviamente, um assunto alheio a mim.

Afinal, mesmo que boa parte da minha aproximação com o CAPS tivesse ocorrido por meio de grupos e atendimentos virtuais, vários aspectos desse contexto não deixavam de chegar até meus ouvidos, principalmente por meio de conversas com profissionais e usuários.

Na extensão, por exemplo, era comum que os integrantes do grupo compartilhassem suas impressões e afecções sobre a assistência em saúde mental, que apontavam sobretudo para uma intensificação de processos medicalizantes e de “ambulatorização” do serviço. Não por acaso, este grupo deu frutos, em 2021, a uma exposição artística online chamada “DESAMBULA: para que o desejo possa fluir”¹, na qual eu tive a feliz oportunidade de participar, como uma forma de resistir um cenário de centralização do cuidado na figura do psiquiatra e na gestão de medicamentos, bem como num funcionamento focado no trabalho individualizado, na remissão de sintomas, no encaminhamento e na produção e renovação de receitas psiquiátricas.

Além disso, durante esse mesmo período, eu integrava grupos de estudos e de pesquisa onde compartilhávamos, ainda que de forma incipiente, aspectos de um processo que vinha invadindo o campo da saúde mental brasileiro desde 2016, denominado por alguns de “remanicomialização” (Guimarães & Rosa, 2019; Passos et al., 2021), “contrarreforma psiquiátrica” (Nunes et al., 2019; Oka & Costa, 2022; Garcia et al., 2022 Chiabotto et al. 2022) ou “retrocesso” (Cruz et al., 2020; Passarinho, 2022), que diz respeito à um redirecionamento de viés manicomial mais agressivo na política nacional de saúde mental, a partir do avanço intensivo do neoliberalismo no país.

E foi fazendo parte desses espaços que fui presenteada com uma concepção de cuidado em saúde mental, especialmente através da arte, contrária a essas forças

¹ Para saber mais: Liberato, M. T. C., Oliveira, C. R. de, Oliveira, M. C. N, Lopes, V. N. Prado, C. L. C., & Sales, J. P. M. (2023). Para além da exposição: uma curadoria coletiva do cuidado. In: Barros, J. P. P. Costa, E. A. G. A., Vieira, E. M., Jucá, V. J. S., Benício, L. F. S., & Gomes, C. J. A. (Orgs). *Psicologias em Contextos (Pós)Pandêmicos: saberes e fazeres Insurgentes* (pp. 99-117). Expressão Gráfica e Editora.

conservadoras, dentro de uma perspectiva ligada a uma reforma psiquiátrica de vertente antimanicomial, em que é visada a criação de espaços e possibilidades de cuidado para fazer florescer as alteridades, rompendo com a apreensão dos corpos dentro de um discurso psicopatológico e de exclusão. Foi a partir dos encontros e afetações ali gerados que fui construindo um novo agir em psicologia, seguindo em direção ao CAPS carregada de uma ânsia de produzir o cuidado em liberdade, especialmente pela arte. Foi como encontrar algo que eu buscava sem ao menos saber.

Desde então, tenho sustentado essa possibilidade como parte dos meus compromissos, dos meus sonhos, do que considero valer a pena investigar e do conhecimento com o qual almejo contribuir. Por esta razão, um dos propósitos do meu projeto inicial era, justamente, intervir na produção de resistências a um contexto de retrocessos, através da produção de imagens e memórias dos movimentos instituintes com arte que compunham o CAPS proposto, o qual carrega um percurso histórico marcante junto a esse dispositivo.

Contudo, talvez pelo meu afastamento físico desse serviço, esse cenário ainda me fosse um pouco turvo. Acrescento, à guisa de informações, que foi somente no final da graduação, já em pandemia, que me encontrei com a filosofia da diferença, a cartografia, o cuidado através da arte, a saúde mental, a reforma psiquiátrica... com tudo aquilo que eu me propunha na pesquisa, depois de muitos anos navegando em outros mares, especialmente ligados às teorias comportamentais. Assim sendo, ao entrar no mestrado, muita coisa eu ainda estava Tateando, experimentando na prática, ao mesmo tempo que tencionava meus modos de pensar, sentir e fazer pesquisa.

Também nesse processo, as aulas do mestrado iam provocando alterações no meu projeto e modificando minhas concepções sobre o próprio fazer pesquisa. Ainda na graduação, eu havia me encontrado com os estudos decoloniais, o que continuou produzindo reverberações em mim na pós-graduação. Com isso, ao longo do percurso, fui buscando

expandir minhas leituras, meus conceitos, minhas perspectivas, revisitando a saúde mental através de outros olhares, me dobrando e redobrando.

É nessa confusão que me vou me reencontrando com o CAPS, experimentando também a proposta da cartografia de deixar-se afetar pelas ondulações do campo. A partir dessa abertura, nas idas e vindas do serviço, algumas “linhas de desassossego” (Rolnik, 1993) foram sendo tecidas, criando certos incômodos em minha reaproximação.

Logo nas minhas primeiras idas ao grupo supracitado, um integrante recém-chegado me perguntou se eu era a nova psicóloga do serviço e, ao explicar a minha presença naquele espaço, fui indagada o que era uma extensão. Prontamente, respondi que era uma forma de levar a universidade para além dos muros, criando diálogos com a sociedade. E então um outro integrante me perguntou: "e quando o CAPS vai ter uma extensão?". Logo de cara, uma denúncia a um cuidado preso às paredes da unidade. Um incômodo, que se tornou meu também.

Com isso, fui levada à minha época de estagiária, em 2021, quando acompanhei um usuário cronificado no serviço. A existência de usuários de longa permanência representa um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica, pois demonstra uma dificuldade dos equipamentos em articular verdadeiramente esses usuários ao meio social e promover a reinserção psicossocial. Diante de seu desamparo, tal usuário, um homem negro e pobre, constantemente pedia para ser internado ou aumentar as doses de sua medicação.

Foi nesse caso, como em outros, que senti na pele as dificuldades de se produzir um cuidado psicossocial diante do caos de um serviço precarizado, com profissionais cansados, equipe vulnerabilizada, pressionada, sem recursos. Também foi com o resgate dessa experiência emblemática que a pesquisa me demandou pensar nas articulações entre manicômio, capitalismo e colonialidade, buscando aprofundar a ideia do avanço da

manicomialização no Brasil contemporâneo como ancorado a uma necropolítica (Mbembe, 2018a), dentro de uma lógica destruição do outro como expressão da diversidade.

Se, ao longo da história, as discussões sobre o contexto manicomial se concentraram nos princípios do biopoder e da biopolítica (Foucault, 2010), atualmente, a noção de necropolítica e necropoder também se faz imprescindível, como argumenta David (2022). Tanto o poder de controle sobre os corpos, quanto a autorização para ceifar vidas, são ambas estratégias no domínio do poder em contextos coloniais e neocoloniais (Lima, 2018), como o Brasil, e é imperativo compreendê-las.

Assim, fui vendo a necessidade de invocar não só Mbembe, mas também outros autores e autoras de cunho decolonial para alimentar a análise dos enredos que permeiam a atual conjuntura da reforma psiquiátrica brasileira, assim como ampliar minha perspectiva sobre o objeto de estudo proposto. Do mesmo modo, a interseccionalidade (Akotirene, 2018) vai se mostrando uma oferta ética, teórica e analítica essencial para o traçado de uma cartografia atenta a como relações interseccionais atravessam o cenário micro e macropolítico da produção de cuidados, especialmente naquele com arte, dentro de uma perspectiva implicada com a descolonização da atenção em saúde mental e da reforma psiquiátrica. Afinal, estaria o trabalho com arte nos CAPS atento a essas relações?

Com isso, fui me implicando cada vez mais a esse contexto de produção de sofrimentos aos brasileiros mais vulnerabilizados, de manicomialização, seus efeitos micropolíticos na dinâmica do CAPS, nos profissionais, nos usuários e, mais especialmente, no cuidado ofertado, que iam ao mesmo tempo produzindo outros resgates de vivências anteriores. Nesse período, pude entrar em contato novamente, mas agora de perto, com a ambulatorização do serviço e ampliação de processos medicalizantes, que não cessaram, óbvio, mesmo com o fim da pandemia da Covid-19.

Diz Basaglia (2005) que para cuidar em liberdade é preciso “por entre parênteses a doença”, o que não significa negar o sofrimento psíquico do sujeito, mas de reconhecer esse sofrimento como um dos aspectos que atravessa a sua existência, não como a totalidade dela. O que fui percebendo, no entanto, era que o cuidado estava sendo empurrado para práticas cada vez mais restritas ao controle farmacológico, de encaminhamento aos hospitais psiquiátricos e fechadas nas paredes da instituição, inclusive aquelas práticas com arte.

Em meio a isso, tive a oportunidade de participar do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), realizado em 2022, onde pude me encontrar com experiências, muitas vezes não publicadas, de profissionais, gestores e usuários de diversas partes do país. Seja nas palestras ou nas conversas nos corredores, consegui criar diálogos enriquecedores com pessoas que também estavam vivenciando esse contexto e que compartilhavam comigo inquietações sobre o andamento da reforma psiquiátrica no país, do cotidiano dos CAPS e do cuidado ofertado nesse cenário. Estaria a reforma psiquiátrica no Brasil em “crise”? Seria este o prenúncio do fim daquilo que foi conquistado com tanto suor?

Desse modo, cada vez mais, fui entrando em contato com problemáticas que me apontavam tempos sombrios para a saúde mental, de produção de sofrimentos e intensificação da lógica manicomial não somente na política de saúde mental, mas em toda a sociedade. Isso foi me inquietando e convocando cada vez mais a pensar nas linhas de força que compõem essa conjuntura.

Todo esse contexto foi lançando-me a uma zona de problematizações que envolviam, sobretudo, a aposta ética, estética e política da arte diante desse cenário. Afinal, que espaço ela possui em uma saúde mental cada vez mais individualizada e medicalizante? Quais suas potencialidades diante do recrudescimento da lógica manicomial? Como os usuários e profissionais do CAPS têm sido perpassados por esse dispositivo? Como tem se dado a

apropriação da arte nas práticas de cuidado oferecidas pelo CAPS? Tem o cuidado com arte servido para a produção de linhas de fuga nesse contexto? Que forças agenciam as práticas de cuidado com arte do referido equipamento no contexto atual da reforma?

É que mesmo diante de um cenário crítico, alguns profissionais do CAPS continuavam, na contracorrente de um modelo biomédico e ambulatorial, apostando na reinvenção do cuidado, inclusive com o uso da arte em seus trabalhos. Através do contato com algumas dessas atividades, pude ter acesso a cenas e relatos de usuários e profissionais que encontram nesses espaços um lugar de promoção de cuidado, sociabilidade e sensibilidades em momentos tão tensos.

No entanto, à medida que fui adentrando no interesse de pensar o cuidado através da arte no encontro com a atual conjectura, deparei-me com uma falta de produções sobre o assunto, o que me trouxe um grande incômodo. Também percebi que grande parte das pesquisas existentes no contexto brasileiro relativas à interface arte, cultura e saúde mental estão centradas na realidade das regiões sudeste e sul do país. Fui vendo, então, a necessidade, ainda que dolorosa, de romper com meu projeto anterior e partir para a construção de um novo campo problemático, que assume o duplo desafio de pensar o momento atual da reforma psiquiátrica no Brasil e as práticas com arte nesse cenário, ajudando a produzir, junto a isso, conhecimento sobre o quadro da realidade do Nordeste e de Fortaleza, em específico. Apesar de achar difícil dar conta de um projeto tal como este, resolvi me arriscar.

Como se pode perceber, esse trabalho não parte de uma, mas de muitas questões que foram se desenrolando ao longo da minha caminhada, na medida em que fui escutando e me deixando afetar pelo campo. Aqui, parto do pressuposto que a conjuntura crítica que vivemos tem demandado novas questões e colocado novos desafios à reforma psiquiátrica brasileira e ao processo de construção de uma política de cuidado libertária.

Em meio a isso, existe uma multiplicidade de fluxos e linhas que atravessam a todo momento o trabalho com arte, provocando movimentos de cristalização, mas também de ruptura, atualização e (re)invenção. Este último me convocou a pensar nas possibilidades evocadas por essa estratégia de cuidado no contemporâneo, entendendo que estas nunca são dadas e acabadas, mas se encontram sempre em processos constantes de movimento e criação.

Logo na primeira apresentação do novo projeto ao Seminário de Dissertação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGpsi) do qual faço parte, o leitor escolhido para o trabalho fez uma fala que me marcou muito sobre a necessidade de fabricarmos dados para ratificar a potência da arte na produção de cuidados em meio a esse contexto sombrio, de modo a fortalecê-la. Tal apontamento me acompanhou durante todo o processo de investigação, levando-me a pensar uma pesquisa que se desse como fabulação², no desejo de continuar inventando e reinventando novas entradas da arte no campo da produção de cuidados em saúde mental.

E dado o contexto que insiste em produzir em nós tantos desencantos, por que não pensar numa pesquisa que carregue, tal como o campo artístico, uma potência vitalista? Se nos encontramos diante de um cenário que nos bombardeia insistentemente com os prenúncios do apocalipse, por que não ampliar os possíveis?

Por vezes, nós, pesquisadores e pesquisadoras, caímos na armadilha de nos lançar no campo muito mais para julgar e criticar, prendendo-se ao extremo nas problemáticas existentes nos serviços públicos de saúde mental, do que nas tramas potentes que ali se desenrolam. É um tanto desafiador sair dessa perspectiva, mas cabe a nós tentarmos extrapolá-lo, indo “além da crise” (Rolnik, 2006b, p. 182), entendendo que seu caráter

² De origem bergsoniana, podemos entender a fabulação como um ato que se ancora no campo das linhas de fuga, naquilo que escapa, produzindo novos possíveis em detrimento de formas representativas e verdades únicas (Deleuze & Guattari, 2010).

afirmativo está no fato que ele “escapa da síndrome de carência-e-captura” (Rolnik, 2006b, p. 182), necessitando que busquemos os vagalumes que sobrevivem (Didi Huberman, 2011).

De certa forma, esta é minha intenção ao propor este trabalho que, depois de muitas reformulações, chega enfim ao seu objetivo geral, a saber: investigar as possibilidades do cuidado com arte na atenção psicossocial em tempos de crise da reforma psiquiátrica no Brasil. Já em relação aos objetivos específicos, são eles: a) discutir sobre a crise da reforma psiquiátrica brasileira e seus efeitos no trabalho em saúde mental, em especial no cuidado pela arte; b) cartografar práticas atuais de cuidado com arte em um CAPS da cidade de Fortaleza/CE; c) refletir sobre os efeitos do cuidado com arte na produção de saúde e de modos de existência neste contexto, a partir da perspectiva de usuários e profissionais do serviço.

É importante frisar que este estudo alinha-se a uma pesquisa guarda-chuva ligada ao PASÁRGADA, tecida sob orientação da Prof. Dra. Mariana Tavares Cavalcanti Liberato, com o título: “Dispositivos artístico-terapêuticos na saúde mental: produção de cuidado em uma perspectiva interseccional da reforma psiquiátrica fortalezense”, iniciada, também, em 2022 e que busca analisar, sob a ótica interseccional, o cuidado produzido nos CAPS Gerais (Tipo II) de Fortaleza, no contexto atual da reforma psiquiátrica, a partir da produção de dispositivos artísticos-terapêuticos.

No mais, na qualificação, a banca apontou que, mesmo sem a minha entrada formal no campo até aquele momento, a minha cartografia já havia começado, dado que as minhas experiências desde a graduação já vinham trazendo importantes pistas para pensar a reforma psiquiátrica no contemporâneo e a produção de cuidados pela arte nesse contexto. Por conseguinte, ao longo da escrita, tento resgatar alguns ruídos com base em cenas, observações, afetos que experienciei em minhas travessias pela saúde mental desde o meu encontro com ela.

Não posso deixar de dizer, ainda, que para narrar essa experiência, contei com a contribuição de diversas vozes, intercessores e colaboradores, unindo muitas mãos nessa tarefa árdua. Por assim ter sido feita, optei por utilizar a primeira pessoa do plural ao longo do texto, a começar a partir de agora.

Em relação ao delineamento do texto, além desta introdução, começamos pela primeira seção, intitulada “Contextualizando a saúde mental no contexto brasileiro contemporâneo: a reforma psiquiátrica brasileira em crise”, que está subdividida em três partes. Cada parte possui subtítulos diferenciados: “A saúde mental no Brasil: entre embates e disputas”, “A quarta onda” e “Os escombros pós-apocalípticos”. No primeiro tópico, começamos apresentando a saúde mental no Brasil como um campo perpassado pelo conflito entre duas forças principais, uma manicomial e outra da reforma psiquiátrica.

Que se preze a vastidão de escritos que abordam tal assunto, consideramos a importância de repetir essa história a partir do nosso olhar, entendendo que isso nos ajuda a tecer uma análise do contemporâneo, demarcando também a nossa compreensão de reforma psiquiátrica brasileira e do porquê temos a considerado, no momento atual, “em crise”, ainda que os impasses e desafios sempre se fizeram presentes nesse processo. Como veremos, o escopo reformador não é exatamente algo uniforme e, portanto, sentimos a necessidade de demarcar nessa lente antes de partir para a conjectura atual.

No segundo tópico, lançamo-nos ao difícil trabalho de dar contornos a um quadro bastante complexo que se encontra a saúde mental no contemporâneo, lançando as bases que nos ajudarão a pensar o trabalho com arte diante desse cenário. Nele, desejamos enunciar, sem o desígnio de esgotar o assunto, as diferentes linhas de força que se agenciam para compor esse momento em que o projeto reformador se encontra em perigo, tecendo apontamentos, principalmente, a nível de produção de cuidados neste contexto. Já a terceira

parte finaliza esta seção tracejando, em linhas gerais, a nossa perspectiva sobre esse panorama.

Em seguida, partimos para a seção 2, “Escritos sobre a produção de cuidados através da arte no campo da atenção psicossocial”, onde emergem alguns escritos voltados a transitar pela arte e suas aproximações com a saúde mental. Ela também é dividida em três partes, as duas primeiras nomeadas a partir de algumas perguntas que fui me fazendo ao longo dos meus estudos, a saber: “Diálogos entre arte e saúde mental no contemporâneo: o que dizem as publicações no contexto brasileiro?” e “Ainda há lugar para a arte na saúde mental?”. O último, “A produção de cuidados através da arte”, vem demarcar a concepção do cuidar por meio de atividades artísticas que levamos à campo.

Concluído as seções teóricas, seguiremos para a seção 3, “Pesquisando em (contra)reforma”, exploramos os caminhos metodológicos e éticos experimentados na construção desta dissertação. Nela, conduzimos quem lê, também, a uma caracterização do cenário de estudo.

Já na seção 4, “Análise e discussão dos resultados: cartografando possíveis”, abrimos espaço para discorrer sobre as nuances percebidas quando entramos em cena no CAPS, expondo nossas reflexões e análises a partir do contato com os fluxos da pesquisa. Aqui, iremos nos debruçar não somente sobre os efeitos micropolíticos da “crise” experimentados durante a investigação, mas também sobre três rastros de possibilidades que nos atravessaram: a) “a arte como dispositivo para os que operam no ‘olho do furacão’ antimanicomial”; b) “o que há de valor em um encontro?”; e c) “É preciso intervir na crise não como médico, mas como artista”.

Contextualizando a saúde mental no cenário brasileiro contemporâneo: a reforma psiquiátrica em crise

Em um estudo realizado na cidade de São Paulo, destaca-se que entre 2003 e 2019 houve um aumento preocupante de 340% no número de internações psiquiátricas involuntárias por 100 mil habitantes na capital paulista (Fornazari et al., 2022). Já em uma outra pesquisa, foi constatado um aumento significativo no número de internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado do Piauí entre 2016 e 2019, em divergência do que vinha ocorrendo nos anos anteriores (Pimentel Melo et al., 2022). Trazendo resultados ainda mais abrangentes, Santos et al. (2022) evidenciaram uma intensificação anual do quantitativo de internações psiquiátricas no período de 2017 a 2021 em todas as regiões do país, exceto ao ano de 2020, que apresentou uma redução devido às restrições impostas pela pandemia da Covid-19.

Esses dados apontam uma falha existente na assistência em saúde mental brasileira que, desde a promulgação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, deveria privilegiar o cuidado territorial em serviços de base comunitária, tais como os CAPS, considerando a internação psiquiátrica como alternativa somente quando os recursos fora do hospital se revelassem insuficientes (Brasil, 2001). Contudo, embora esses índices sejam um analisador pertinente, que nos permitem refletir sobre a seriedade dos retrocessos experienciados no campo da atenção psicossocial no contemporâneo, sustentamos aqui que eles são somente a ponta do iceberg.

O que temos testemunhado nos últimos anos em nossas travessias pela saúde mental é um capítulo inédito da história da reforma psiquiátrica no Brasil que vai além desse fenômeno. Acontecimentos deste tempo-espço, pandêmico e pós-pandêmico, no qual também nos localizamos, marcado pela derrubada de direitos, fragilização dos serviços

públicos de saúde, produção maciça de adoecimentos psíquicos, psiquiatrização da existência, reducionismo biológico, epidemia de drogas psiquiátricas, como veremos, bem como por conservadorismos e ataques à grupos minorizados, parecem colocar em ruínas o sonho de uma sociedade sem manicômios - ou, pelo menos, é isso que querem nos levar a crer.

No mundo de hoje, existe uma palavra que se repete incansavelmente: crise sanitária, crise financeira, crise da democracia, crise política, crise climática, crise de ansiedade... crise da reforma psiquiátrica? Nesta seção, esperamos oferecer uma contextualização, ainda que certamente incompleta, do campo da saúde mental brasileiro no presente, cartografando alguns pontos de asfixia do processo da reforma psiquiátrica no país, especialmente no âmbito da produção de cuidados, de modo a contribuir com uma ampliação da perspectiva dos retrocessos para além dos ataques diretos à política nacional de saúde mental nos anos recentes. Com isso, esperamos costurar um pano de fundo para pensar, mais a frente, o trabalho com arte nesse contexto, debatendo seus desafios, mas principalmente seus movimentos de resistência.

Antes de entrar efetivamente no cenário atual, contudo, acreditamos ser importante partir de uma reflexão sobre a saúde mental no Brasil e sua construção histórica, dentro de um exercício descolonizador da produção de conhecimento, uma vez que isto será importante para entendermos, logo em seguida, os impasses que envolvem a conjuntura contemporânea do processo reformista em nosso país. Longe de esgotar o assunto, desejamos que destas páginas surjam interrogações a serem tecidas.

A saúde mental no Brasil: entre embates e disputas

Começamos nossa caminhada compreendendo que a saúde mental, como um campo ou área de conhecimento e atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde

(Amarante, 2007), é um território em conflito. Este é perpassado pela constante disputa entre diferentes arcabouços teóricos, valores éticos e estéticos, discursos políticos e econômicos, entre tantos outros vetores e agenciamentos de forças que irão produzir e coadunar uma determinada dinâmica social e subjetiva, podendo ela ser mais ou menos libertária.

Assim sendo, ao falarmos em saúde mental, estamos nos referindo a uma arena de complexos encontros e desencontros que envolve todo um plano cultural de produção de modos de existência e construção de relações, consigo e com o outro, que historicamente no Brasil tem se dado a partir de dois campos antagônicos principais: um manicomial e outro reformista.

Com Foucault (2014), entendemos que a propagação desse primeiro campo no mundo ocidental possui uma forte relação com a concepção de loucura que eclode no final do século XVIII na Europa, momento em que esta passa, com a consolidação do capitalismo e da racionalidade burguesa, a ser considerada uma patologia e, portanto, um objeto de investigação com tratamento de um tipo especial de medicina, denominada psiquiatria, que ansiava em conquistar seu estatuto de cientificidade, nos moldes positivistas.

Sob influência dessa especialidade médica, a designada “doença mental” passa a esboçar a união entre o sujeito juridicamente incapaz e o perturbador do grupo, seguindo os preceitos morais, éticos e políticos da época (Foucault, 2014). Desse modo, o louco vai se configurando lentamente como uma ameaça à coletividade que deve ser contida. Diante disso, o aparato psiquiátrico assume o papel crucial de proteger os sãos, através da retirada do convívio social e da tutela dos considerados desprovidos de razão, seguindo os preceitos do cogito cartesiano.

A partir dessa nova forma de codificar a loucura, esta passa a ser destinada a instituições específicas, chamadas manicômios, depois conhecidas como hospitais

psiquiátricos, e a internação adquire um caráter terapêutico³ (Foucault, 2014; Fanon & Geronimi, 2020). Além da questão do confinamento, as pessoas tidas como loucas também começaram a ser alvo de vários métodos disciplinares e punitivos, que tinham a finalidade de devolver-lhes a suposta “razão” perdida.

Nos manicômios, segundo Fanon (2020), a saída dependia da “boa vontade do médico” e muitos tratamentos eram físicos, feitos por contenção dos corpos, resultando em uma série de violações de direitos humanos, tudo sustentado por uma busca orgânica da causa e da “cura” da loucura, tendo como referência uma clínica neurobiofisiológica. Podemos citar como parte das tecnologias assistenciais típicas desse modelo de atenção, denominado manicomial, a lobotomia, a camisa-de-força, o uso excessivo de medicação, os choques elétricos, entre outros.

Se analisarmos essas práticas, descobrimos que as suas funções terapêuticas são norteadas pela ideia de tratamento, em que a intervenção se centra no silenciamento de sintomas, em parâmetros clínicos anatomopatológicos e na adaptação social dos sujeitos, reduzindo a “cura” à “estabilização” do paciente (Venturini, 2010). Nesse sentido, a “doença mental” torna-se o foco e não o sujeito em sofrimento, sendo esta uma das principais características do campo manicomial. Tal paradigma está ancorado em um modelo biomédico, o qual promove a diferenciação entre “normal” e o “patológico” com base em uma visão orgânica dos problemas de saúde, ignorando ou secundarizando os determinantes sociais, econômicos e culturais envolvidos.

³ Importante apontar que, desde o século XVII, a internação da loucura já era praticada, uma vez que é neste período, aproximadamente, que a sociedade industrial se constitui e a existência dos “insanos” deixa de ser aceita, junto aos pobres, vagabundos, mendigos, delinquentes e todos aqueles considerados improdutivos: “É numa certa experiência do trabalho que se formulou a exigência, indissolivelmente econômica e moral, do internamento” (Foucault, 2014, p. 83). Entretanto, esse exílio ainda não era concebido como “terapêutico”, pois é somente no final do século XVIII, com o início da psiquiatria, que a internação é penetrada e mascarada por tal aspecto.

Essa concepção terapêutica remete a um ponto bastante relevante para o nosso trabalho: a redução do sujeito a um corpo biológico. Como veremos, essa perspectiva irá manter-se viva ainda hoje não só no contexto da saúde mental, mas também como um importante vetor das configurações subjetivas do contemporâneo neoliberal, amparada principalmente no avanço das neurociências. Essa ancoragem irá trazer uma série de impactos subjetivos e culturais que colocam em relevo o valor das tecnologias médicas e biotecnológicas nos modos de entender e cuidar do sofrimento psíquico em detrimento de outros saberes e práticas, tais como a arte.

Seguindo esse modelo, as instituições psiquiátricas vão se mostrando, na prática, um dispositivo de ajustamentos, segregações e aprisionamentos dos chamados “desviantes”, definidos com base na dinâmica de produção capitalista vigente (Basaglia, 2010). E dito de outro modo, daqueles que se afastam dos cânones sociais e de organização do trabalho da sociedade burguesa nascente, entre eles, os loucos, mas também os desempregados, pobres, ateus, criminosos, homossexuais e todos os considerados inadequados para desempenhar o modelo de trabalhador imposto.

Portanto, podemos entender que a “terapêutica” do aparato manicomial se expressa, antes de mais nada, como um mecanismo de contornos biopolíticos voltado para invisibilizar as contradições do modo de produção em vigor, assim como para ratificar os padrões capitalistas e burgueses, garantindo o pleno funcionamento da dinâmica social, desejante e subjetiva da época, que apenas considerava útil economicamente uma força de trabalho que fosse, ao mesmo tempo, submissa e produtiva, esvaziada de potência de criação e de vida.

Tal tecnologia se faz biopolítica, como denominou Foucault (2010), por fazer parte de um mosaico, posto em funcionamento no século XVIII, de captura, sujeição, vigilância e readequação de modos de ser, sentir, pensar, agir e viver considerados inadequados, trazendo-as para dentro das normas impostas. Nessas ações, o que está na mira é o corpo. Têm-se, com

isso, a instituição do “diferente”, que passou a ser empregado como forma de definir aquele que não seguia o mesmo padrão que os demais, sendo necessário corrigi-lo seguindo preceitos morais.

É nesse momento que se propagam as diversas instituições disciplinares, tais como os manicômios, mas também as prisões, escolas, fábricas, além de outras organizações que visam docilizar os corpos. E ao passo que o capitalismo, com seu caráter exploratório e poder normalizador, engendra um novo modo de existência, produzindo miséria e loucura, ele atribui, com a confirmação do saber e fazer psiquiátrico, essas problemáticas a causas orgânicas e as esconde através da institucionalização (Basaglia, 2010).

Em meio a isso, Fanon e Asselah (2020, p. 133) caracterizam o serviço asilar ofertado pelos manicômios como “sádico, repressivo, rígido, não socializado e [com] tendências castradoras”, forjando uma subjetividade metrificada e configurada pela morte-em-vida, em que o indivíduo se torna alguém sem direitos e poder contratual. Na condição de objetos, toda ação desses corpos "coisificados" era tida como constituinte da sua patologia e, assim: “Despojado de qualquer elemento pessoal, dominado pelos outros, presa de seus próprios medos, o doente devia ser isolado num mundo fechado, onde mediante o gradativo aniquilamento de qualquer possibilidade pessoal sua loucura já não tivesse força” (Basaglia, 2005, p.27).

Até aqui, entende-se que o manicômio surge em território europeu como uma resposta para as transformações que marcam a expansão e consolidação do sistema capitalista, como uma instituição necessária para a sua sustentação. E, dentro disso, ele irá incidir principalmente sobre aqueles com poucas condições socioeconômicas. Por esta razão, Basaglia (2005) afirma que a violência manicomial é discriminatória e nem sempre diz respeito à doença, pois também depende da posição econômica e social do indivíduo. Nas palavras do autor italiano, "o poder des-historificante, destruidor, institucionalizante em todos

os níveis da organização manicomial, aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico" (Basaglia (1968/2005, p. 108). Com efeito, isso irá ganhar contornos particulares em nosso país, em razão da nossa condição colonizada, dependente de estruturas escravocratas, racistas, patriarcais e cisheteronormativas.

Como vimos, a forma como o aparato manicomial se manifesta é determinada pela estrutura socioeconômica no qual o país está inserido (Basaglia, 2010; Fanon, 2020). Não por acaso, Fanon (2020, p. 261) afirma que “se você quiser se aprofundar na estrutura de determinado país, é preciso visitar seus hospitais psiquiátricos”, pois podemos considerar essas instituições como um espelho da dinâmica relacional de determinada sociedade. No caso do Brasil, a nossa realidade é produto do processo histórico de colonização europeia ancorado na desumanização da negritude pela branquitude, o que sustenta ainda hoje uma estrutura de desigualdade e de produção de sofrimentos e violências contra as pessoas racializadas. À vista disso, entende-se que mesmo com o fim da colonização essa dinâmica segue operando no país através da colonialidade, a qual irá assumir uma relação intrínseca com a lógica manicomial, sobretudo a partir da vinculação entre população negra e loucura (David & Vicentin, 2020).

Com a abolição da escravatura no final do século XIX, era preciso continuar criando dispositivos para naturalizar as disparidades sociais e as diferenças entre raças, comprovando a superioridade do branco e a necessidade de aprimoramento da raça humana. Para esse fim, as ciências médicas e psiquiátricas eugênicas, supostamente comprometidas com o progresso, se empenharam em produzir discursos que ratificassem o projeto civilizatório europeu e o ideário da branquitude a partir da patologização dos não-brancos e das classes pobres (David & Vicentin, 2020), dando continuidade à formas de dominação coloniais. “Para tanto lançaram mão, por exemplo, da ideia de que os negros e sobretudo os mestiços

predispunham-se à loucura por serem povos degenerados por definição” (Barros et al., 2014, p. 1238).

Nesse sentido, a nossa experiência colonial, além de produzir patologias (Fanon, 2020), inseriu-se na própria lógica patologizante, regulando a construção da normalidade dentro de uma racionalidade branca e eurocêntrica. E não só da normalidade, mas de todos os elementos políticos, sociais, culturais, subjetivos e intersubjetivos que constituem a dinâmica brasileira, nos domínios dos saberes, epistemologias, literatura, artes, dentre outros.

Tudo isso, somado às violentas condições sociais impostas pela branquitude à população negra, também majoritariamente pobre, fizeram com que esta fosse maioria nas instituições psiquiátricas, de tal modo que os seus sofrimentos cotidianos, ligados muitas vezes a problemas estruturais, passaram por processos de manicomialização: “A população negra sofre historicamente processos ininterruptos de abandono e apartamento social. O lugar por excelência do abandono e exclusão social é o manicômio, assim como outras instituições totais” (Barros et al., 2014, p. 1240).

Nesse sentido, a assistência psiquiátrica tradicional no Brasil pode ser entendida como uma ferramenta de dominação não só de classe, mas também de raça, e o manicômio “um mecanismo de sofisticação da violência colonial” (Costa & Mendes, 2020, p. 76). Por este motivo, podemos questionar se os manicômios brasileiros não teriam muito mais semelhança com as senzalas do que com o holocausto nazista, ao qual Franco Basaglia, em uma de suas vindas ao país, fez comparação quando visitou o famoso hospital psiquiátrico Colônia de Barbacena, em 1979.

É preciso acrescentar, ainda, que o manicômio na nossa sociedade dita a ordem social não somente com base em normativos de raça e classe, mas também de gênero. No início do século XX, a psiquiatria brasileira defendia, por exemplo, que as mulheres negras eram biologicamente mais frágeis e propensas à loucura (Rohden, 2001), de forma que a tolerância

quanto aos diagnósticos era maior com as mulheres brancas, principalmente se pertenciam a classes mais favorecidas. Em uma pesquisa realizada por Zanello e Silva (2012), foi constatado, a partir da análise de prontuários de hospitais psiquiátricos, um maior número de mulheres institucionalizadas, em sua maioria negras e de baixa renda.

E poderíamos continuar citando aqui processos manicomializantes de outros tantos marcadores da diferença e suas interseccionalidades. Não desejamos, porém, nos delongar nesse assunto. O que pretendemos aqui é reforçar a ideia de que o aparato manicomial e psiquiátrico no Brasil, historicamente, busca endossar a produção de violências, ajustamentos e sofrimentos a partir do vínculo entre os diferentes marcadores sociais dos indivíduos, cooperando com as engrenagens coloniais e capitalistas.

Portanto, como qualquer outra estrutura de opressão, impacta de modo desigual e de forma mais violenta a depender de quem seja o sujeito, seguindo uma normatividade branca, cisheteronormativa, masculina etc. Tudo isso sendo feito dentro de regimes de poder e saber baseados em compreensões europeias do sofrimento existencial e tratamento que, como explicitado anteriormente, tem como base o reducionismo biológico do ser humano. Assim, entendemos que as marcas opressoras do manicômio são apagadas por um objetivismo extremado de um saber positivista e biologizante, supostamente neutro, que coloniza até hoje as formas de entender e lidar com o sofrimento psíquico e com as diferenças, no geral.

Isso marca outros dois pontos importantes para o nosso trabalho. O primeiro, o de que a concepção brasileira de cuidado é, historicamente, tutelar e mortificante (Basaglia, 2010; Fanon, 2020), produtora de processos de manicomialização daqueles colocados na posição de outridade. Nesse sentido, são insuficientes por serem prioritariamente voltadas para a promoção de saúde de um “sujeito universal”, que na verdade é universalizado, enquanto os modos de existência que não correspondem a esse padrão são capturados e, muitas vezes,

deixados para viver com seus sofrimentos produzidos pelas condições sociais, quando não patologizados, medicalizados, institucionalizados etc.

E o segundo, ligado a esse, diz respeito à dinâmica de produção capitalista no Brasil, cuja condução é regida por uma lógica de dominação colonial e racista, tal como em outros países que foram colonizados (Fanon, 2020). Desse modo, a articulação da manicomialização em nosso território não se dá somente com o capitalismo, mas também com a colonialidade - é, por assim dizer, uma *manicolonização* (David, 2022). Tais pontos irão nos ajudar a entender, mais a frente, a persistência do manicômio não só nas práticas de cuidado em saúde mental, mas também no tecido social. No mais, servirá como uma pista necessária para apostar em uma radicalização e atualização do trabalho com arte na atual conjuntura da reforma psiquiátrica brasileira.

Como dito alhures, a saúde mental é um território em disputa. Apresentamos acima o campo manicomial e como ele se constitui no Brasil. Agora, damos continuidade à discussão trazendo o outro lado que constitui este enredo: a reforma psiquiátrica.

Os debates em torno da necessidade de questionar o modelo manicomial ganharam força na Europa logo após a Segunda Guerra Mundial, quando são colocadas novas questões para o cenário europeu e mundial, fazendo com a sociedade se voltasse para a situação degradante dos hospitais psiquiátricos, muitas vezes comparados aos campos de concentração nazistas (Amarante, 2007). Em meio a isso, surgiram também preocupações em torno do desperdício de força de trabalho que a estrutura asilar produzia em uma conjuntura em que a população produtiva estava escassa devido à guerra, o que resultou em questionamentos com relação à impotência terapêutica da psiquiatria e os altos índices de cronificação das doenças mentais e incapacitação social (Birman & Costa, 1994).

Devido a esses problemas, o manicômio passa a ser responsabilizado pela deterioração dos pacientes e variadas experiências reformistas emergem ao redor do mundo,

como as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional na França e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos, as quais se voltaram especialmente para a renovação da psiquiatria e suas instituições. Já a Antipsiquiatria, de origem inglesa, a Psiquiatria Democrática Italiana e a Reforma Psiquiátrica Brasileira – esta última inspirada na segunda - vão mais adiante, partindo para um questionamento radical da própria psiquiatria e propondo uma outra relação com a loucura, construída em liberdade (Amarante, 2007).

Durante a ditadura militar no Brasil, ocorrida entre 1964 e 1985, as políticas sociais de saúde mental brasileiras voltavam-se, essencialmente, para internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos em clínicas e hospitais conveniados, dando contornos a um momento que ficou conhecido como “indústria da loucura” (Resende, 1990). Entretanto, com o processo de redemocratização do país, iniciado na década de 1970, criam-se condições favoráveis para a reorganização de vários setores, inclusive o da saúde mental (Amarante, 2010).

Em meio a isso, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) na década de 1970 e a já mencionada vinda de Franco Basaglia ao Brasil, a necessidade de superar o modelo manicomial de atenção começa a ganhar força no país. Em 1978, o MTSM denuncia as péssimas condições de vida e trabalho nas instituições psiquiátricas e a completa desassistência a que os internos estavam submetidos nesses lugares, ganhando grande repercussão e protagonizando as primeiras iniciativas e reivindicações da reforma psiquiátrica brasileira (Amarante, 2021).

Ainda, a partir da década de 1980, os princípios da desinstitucionalização e da luta antimanicomial passam a constituir as bases da reforma psiquiátrica no Brasil, esta última vindo questionar as diversas formas de exclusão, psicopatologização e normatização da vida, a fim de defender o respeito às diferenças, extrapolando, inclusive, o campo da saúde mental

(Amarante, 2021). Nesse período, o lema antimanicomial “Por uma sociedade sem manicômios” é adotado no II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru.

Já a desinstitucionalização, não devemos confundir com uma simples desospitalização. Na realidade, a essência revolucionária desse paradigma está na concepção de que devemos desmontar as maneiras habituais de lidar com a loucura que foram estabelecidas ao longo dos anos. Ou seja, desconstruir a concepção de “doença mental” que a ronda, afastando-a também das noções de periculosidade e incapacidade, assim como combater o isolamento, construindo outras formas de se relacionar com aqueles em sofrimento psíquico (Amarante, 2010).

Nesse mesmo período, assistimos a outros três processos importantes para a consolidação do projeto reformista: a aglutinação de novos protagonistas, entre eles, os usuários e seus familiares; a iniciativa de revisão legislativa, com a apresentação do projeto de lei nº 3.657/89⁴, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais; e o surgimento de experiências promissoras com novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado baseadas na atenção psicossocial (Tenório, 2002). Evidentemente, esses processos conduziram a uma intensificação da discussão sobre a situação da saúde mental em todo o país.

Já nas décadas seguintes, pudemos notar um amadurecimento dos processos que compõem o movimento reformista no país, a partir da construção da hegemonia da atenção psicossocial em detrimento do modelo manicomial. Temos, por exemplo, a promulgação da já citada Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001), a qual configura-se como um marco orientador dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico e da assistência em saúde mental. Além disso, a partir da década 2000, os CAPS são eleitos oficialmente como experiências substitutivas ao

⁴ Tal projeto serviu como base para a aprovação da lei 10.216, de abril de 2001, sendo esta última a versão final após uma trajetória demorada nas instâncias do poder legislativo nacional.

modelo hospitalocêntrico e são criados, também, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), cujo objetivo é a reinserção social de pacientes egressos de internações psiquiátricas de longa permanência (Tenório, 2002).

Além disso, através da Portaria nº 3.088/2011, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS, a qual propõe um modelo de atenção em saúde mental em meio aberto, de base comunitária e mais acessível (Brasil, 2011). A Rede tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade e com a garantia da livre circulação das pessoas em sofrimento psíquico, assim como das que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. São dispositivos que compõem a RAPS: os CAPS, em suas diversas modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPSi, CAPS AD, CAPS III e CAPS AD III); os Centros de Convivência e Cultura (CECOs); as Unidades de Acolhimento (UA); os leitos psiquiátricos em hospitais gerais; e os SRT.

No geral, a reforma psiquiátrica brasileira, segundo Amarante (2021), implica uma mudança em quatro dimensões interligadas, a saber: a dimensão teórico-conceitual, que problematiza as noções fundamentais que sustentam o saber psiquiátrico tradicional, marcado pela redução do sujeito aos sintomas e ao diagnóstico; a dimensão técnico-assistencial, relacionada à criação de novos modos de cuidar que rompam com o paradigma psiquiátrico e manicomial; a dimensão jurídico-política, que se volta para a discussão e redefinição das legislações que envolvem as pessoas em sofrimento psíquico; e a dimensão sociocultural, que abarca o conjunto de ações que visam a produzir um novo lugar social para a loucura, revendo valores e crenças excludentes e estigmatizantes através de três linhas de atuação, sendo uma delas a dos projetos artístico-culturais.

Com todas essas transformações, o modelo de atenção à saúde mental no Brasil passa a ser guiado, pelo menos em princípio, por um novo agir em saúde mental, pautado no

cuidado em liberdade, seguindo, como dissemos, um paradigma psicossocial⁵. Essa mudança implica na ampliação do conceito de saúde considerando, para além dos determinantes biológicos, os fatores socioculturais, históricos, econômicos e políticos dos processos de saúde-doença. Fanon (2008, p. 28) já afirmava que “a sociedade, ao contrário dos processos bioquímicos, não escapa da influência humana”, o que significa que, por conseguinte, as práticas de atenção não podem se restringir às variáveis biomédicas, mas sim expandir-se para determinações sociais que produzem sofrimento psíquico, como a desigualdade, opressão, desemprego, fome, racismo etc.

Com isso, trilhando uma concepção basagliana alicerçada na desinstitucionalização, parte-se para uma noção de cuidado que não se centra mais na doença, mas na promoção, proteção e recuperação da saúde mental, entendendo que as ações nesse âmbito devem ultrapassar as fronteiras da saúde. Assim, tais ações devem se presentificar em todas as etapas de vida dos indivíduos, que deve estar no centro do cuidado, garantindo a todos, mediante estratégias interseccionais, o acesso à segurança social, alimentação, educação, arte etc.

Trata-se, portanto, de pensar uma outra concepção de saúde mental, que não esteja centrada no corpo biológico, tendo em vista a indissociabilidade da promoção de saúde mental com fatores políticos, econômicos e sociais. Com isso, é possibilitada “a superação da fragmentação tanto da atenção e do cuidado, como também das políticas, ações e conhecimentos no campo da saúde mental, partindo das situações cotidianas e das necessidades dos usuários” (Liberato & Dimenstein, 2013, p. 276). Em meio a isso, foi possível introduzir e valorizar, sob uma perspectiva transversalizante, outros saberes e recursos assistenciais para além do atendimento psiquiátrico e da medicalização, sendo o trabalho com a arte expressamente reconhecido pelo seu potencial de transformação e produção de vida nesse contexto (Liberato & Dimenstein, 2013).

⁵ Tal paradigma será abordado com mais detalhes ao longo de todo o texto.

Nesse sentido, parte-se para a consolidação de um novo paradigma de atenção que valoriza o atendimento integral aos usuários, considerando as dimensões subjetivas e socioculturais envolvidas no processo saúde-doença. Isso também diz respeito, a nosso ver, à construção de políticas públicas em saúde mental e estratégias clínicas necessariamente realizadas a partir de um olhar interseccional, a fim de que se garanta a promoção de saúde e cuidados atentos aos diferentes marcadores da diferença que atravessam os usuários.

A partir desse giro, há também um reposicionamento dos objetivos terapêuticos. Agora, eles não se centram mais na supressão sintomática, mas sim na recomposição da autonomia, da cidadania e, em suma, de territórios existenciais singulares. Desse modo, é proposto uma atuação no território não só geográfico, mas também no de vida dos sujeitos (Amarante, 2007). E isso é alcançado, fundamentalmente, através de um cuidado baseado em relações horizontais e solidárias, tanto entre membros da equipe, quanto entre profissionais e usuários, produzindo-se nos encontros, nas e pelas diferenças.

No mais, exige a criação de alternativas de cuidado que extrapolem os muros das instituições de saúde mental, compondo com a cidade de modo que a loucura possa circular. Trata-se, assim, “de acompanhar, cuidar e investir em movimentos de resistência, de produção singular da existência para que estes possam operar a criação de uma nova terra na qual seja possível traçar linhas de vida” (Yasui et al., 2018, p. 181), rompendo com os enclausuramentos internos e externos, bem como com a lógica de apartar, colonizar e normalizar o diferente tão comuns em nossa sociedade.

É que a reforma psiquiátrica, como um “processo social complexo” (Amarante, 2010, p. 63) entende que a lógica manicomial não está apenas nas paredes das instituições psiquiátricas, mas sobretudo na produção de subjetividades “enquadradas, conformadas e bem-comportadas” (Yasui et al., 2018, p. 181). Diferentemente, um potente sistema de saúde mental deve operar a partir de uma lógica libertária e desinstitucionalizante não só da

loucura, mas de todo o tecido social, em que é preciso “considerar outras rotas possíveis que possam não apenas lutar contra a sujeição fundante da sociabilidade capitalista, mas também instigar a desconstrução cotidiana e interminável das relações de dominação” (Alverga & Dimenstein, 2006, p. 303).

Nesse sentido, trata-se de propiciar, a partir da desconstrução da cultura manicomial, que a loucura e as alteridades, no geral, possam conviver livremente na sociedade, o que faz dela uma luta política para transformação social, em estreita vinculação com outros setores da sociedade. Em outras palavras, o seu objetivo maior não é a simples reformulação do modelo assistencial, nem o de introduzir modernizações ou humanização da assistência psiquiátrica hospitalar, mas sim de “uma transformação de mentalidades, de culturas, de referências científicas, de relações sociais, de formas de ver e estar no mundo” (Amarante, 2021, p. 15), em torno da loucura e da diferença. Este tem sido, para nós, o projeto da reforma psiquiátrica brasileira, como uma luta que diz respeito a todos aqueles que foram e ainda têm sido enclausurados e violentados pelos fluxos manicoloniais citados por David (2022).

No entanto, é importante destacar que mesmo com esse processo acontecendo, isso nunca garantiu que o manicômio deixasse de incidir, com reformulações, em nossa sociedade. Decorre que, no contemporâneo, a vigilância sobre os corpos vai se tornando cada vez mais sutil, visando estabelecer um controle constante, dispensando a necessidade das paredes das instituições para exercer seu poder.

De acordo com a análise de Deleuze (2008, p. 216), isso é identificado como o advento das "sociedades de controle", que começam a emergir e conviver com o tradicional regime disciplinar: "estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea". Esta é, por assim dizer, a face da hegemonia global do neoliberalismo, que começa a ganhar maior relevância no cenário mundial a partir dos anos 1970 e no Brasil, na década de 1990.

Esse entrave também possui profunda relação com a cultura manicomial que se manteve viva através dos chamados “desejos de manicômio” (Machado & Lavrador, 2001, p. 46), que diz respeito a uma lógica que se expressa "através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar.", o que alimenta a produção de práticas e tecnologias de disciplinarização e correção de tudo o que escapa à normalidade (Dimenstein, 2006). Afinal, anos de manicômio não seriam desconstruídos assim tão facilmente, uma vez que eles se instalaram em nossas mentes (Pelbart, 1990).

Entendendo que o manicômio é uma expressão racista e colonial de nossa sociedade, Borges e Almeida (2021. p. 32) aprofundam esse conceito ao propor entendê-lo como “desejos de colonialidade”, o qual é manifestado “pela necessidade de dominar, controlar, subalternizar, desumanizar, objetificar e animalizar populações amefricanas”. Dentro dessa perspectiva, são criados, segundo as autoras, um conjunto de dispositivos e aparatos institucionais, entre eles os manicômios, que objetivam reduzir a multiplicidade dos modos de existência e resistência das populações negra e ameríndia.

Trata-se, assim, de um efeito da força da colonialidade que segue pulsando, que terá como uma de suas expressões o manicômio, hoje operando a céu aberto. De todo modo, esses conceitos indicam a presença de desafios no processo da reforma psiquiátrica no Brasil, em um jogo de captura de suas forças revolucionárias. Portanto, podemos afirmar que inserir-se nos equipamentos de atenção psicossocial, como os CAPS, é encontrar-se em um cenário de embate entre forças de teor instituído e outras instituintes⁶, em um arranjo que pode apontar, inclusive, para processos atualizados de manicomialização, capturando as diferenças sob o signo da “doença mental” e impedindo que as pessoas em sofrimento psíquico construam vida para além disso.

⁶ Em suma, na concepção institucionalista, o instituído exerce função estabilizadora, enquanto o instituinte gera os movimentos, os novos agenciamentos (Lourau, 2004). Tais conceitos são mais explorados na terceira seção, onde detalhamos a metodologia adotada nesta pesquisa.

E este é um outro ponto importante para a nossa pesquisa, pois dentro dessa perspectiva, iremos entender que a própria inserção da arte nos serviços de atenção psicossocial, embora transgressora, como veremos, não irá se configurar por si só uma estratégia de cuidado libertária, tendo em vista que esta não está livre do perigo de ser capturada pelas forças instituídas, limitando-se a uma função recreativa, técnica ou produtiva (Liberato & Dimenstein, 2013). Não por acaso, estudos como os de Galvanese et al. (2016) apontam que também podemos encontrar resquícios manicomiais em algumas dessas práticas. Assim sendo, “pensar a arte no contexto da reforma psiquiátrica é refletir acerca de sua potencialidade como dispositivo de transformação; mas é, ao mesmo tempo, indagar sobre os perigos de sua utilização como ferramenta de reprodução e sobrecodificação da existência” (Liberato & Dimenstein, 2013, p. 274).

Em linhas gerais, falar em reforma psiquiátrica é sempre uma tarefa difícil, na medida em que podemos entendê-la como um processo dinâmico e plural (Amarante, 2021), que carrega experiências, conceitos e discursos diversos. Assim sendo, ela não forma uma unidade, mas constitui diferentes posições teóricas e políticas, distintos vetores e agenciamentos de forças, com enunciados não tão demarcados e em constante transformação. Definir o seu escopo não é algo tão simples.

Trabalhos como o de David (2022), Benício (2022) e Borges e Almeida (2021), por exemplo, tem denunciado que a reforma não necessariamente operou em consonância com os debates sobre colonialismo e racismo, ou mesmo com a luta antimanicomial, e que igualmente esta última se distanciou de questões interseccionais, focando muito mais na questão da “loucura” e esquecendo que o sofrimento psíquico no Brasil é racializado e genderizado, de maneira que o manicômio incide de modo especial sobre pessoas negras, principalmente mulheres, e outras populações historicamente marginalizadas. E nisso, há um

constante risco de reduzir a luta a uma simples reorganização de serviços sanitários, abrindo espaço para a reprodução de mecanismos manicomiais.

Quanto a isso, estudos como os de Quinderé et al (2010) e Nunes et al. (2016) têm demonstrado a ainda insistente reprodução do modelo manicomial nos serviços de atenção psicossocial de Fortaleza, apontando uma convivência simultânea entre esses dois modos de assistência, apesar de contraditórios. Convém destacar que o processo de reforma psiquiátrica no Ceará teve início no interior do estado, uma vez que a capital concentrava a hegemonia dos hospitais psiquiátricos. De tal modo, a própria constituição desse movimento nesse território se deu em consonância com os interesses de setores privados, o que garantiu uma implementação inacabada do novo modelo de assistência (Nunes et al., 2016). E até hoje, como veremos, é possível assistir a efeitos desse embate.

Neste tópico, procuramos traçar um caminho para pensar a saúde mental como um campo em disputa entre as forças do manicômio e da reforma psiquiátrica, sendo o primeiro parte de um circuito colonial-capitalístico, produtor de aprisionamentos físicos e subjetivos, e o segundo como um processo libertário, mas que tem se dado de forma truncada, mostrando que as novas modalidades terapêuticas produzidas em seu âmbito não garantiram, por si só, a superação da lógica manicomial, que manteve-se presente não só nas práticas em saúde mental, bem como em nossas relações sociais.

O manicômio possui, pois, uma profunda relação de interdependência com o capitalismo e a colonialidade, tendo um papel fundamental na sustentação destes, o que garantiu a sua continuidade e atualização a céu aberto, ganhando apenas novas configurações. Não obstante, esses processos, conforme observam Costa e Faria (2019), não atingem de forma igual todas as pessoas, mas sobretudo os grupos considerados subalternos e indesejáveis, pois são essas classes que sentem na pele as contradições estruturais da

dinâmica colonial que se atualiza, sob uma sombra racial, no sistema neoliberal do Brasil contemporâneo.

A quarta onda

De fato, como vimos, o manicômio nunca foi realmente superado no Brasil e, sem dúvida, isso tem gerado uma série de desafios e dilemas para os comprometidos com a reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial. Mas apesar dessas complexidades, esse processo estava, até então, avançando, ainda que a passos lentos e sob muitas investidas contrárias. E, nesse momento, é importante ressaltar que a reforma psiquiátrica é um projeto utópico, em constante evolução, não necessariamente com um ponto final, mas sim com um ponto de partida (Amarante, 2021). No entanto, atualmente, parece que o cenário é outro, tendo em vista a onda de manicomialização que se alastra no país. O que podemos observar de mudanças?

Começamos destacando que o golpe parlamentar contra a Dilma Rousseff em 2016, a eleição presidencial de Jair Bolsonaro em 2018 e a pandemia da Covid-19 em 2020 significaram uma profusão de acontecimentos que atingiram nossa sociedade em múltiplas dimensões, acarretando implicações diretas e indiretas para diversos campos, inclusive o da saúde mental. No período pós-golpe, mais precisamente, inicia-se um tráfego mais eficiente dos fluxos neoliberais e conservadores em nosso território que, acoplado a uma necropolítica (Mbembe, 2018a), típica de nossa sociabilidade colonial e racista, desencadeou uma série retrocessos democráticos em uma clara administração de condições mortíferas para certas populações, sobretudo aos negros e pobres, mas também as mulheres, as pessoas LGBTQIAPN⁷, os indígenas, os idosos, entre outros grupos reduzidos a corpos matáveis. O

⁷ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Travestis, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não binários.

conceito de necropolítica, afinal, não aponta apenas para o deixar morrer, mas, principalmente, para a seleção de quem será destinado para tal.

É que, no neoliberalismo, há a dinâmica colonial que se atualiza numa espécie de “devir-negro do mundo” (Mbembe, 2018b), onde a condição subalterna se estende para além dos corpos racializados. À vista disso, testemunhamos uma precarização radical e generalizada das condições de vida da população brasileira, com mais intensidade para uns do que para outros, manifestada em medidas como redução do financiamento para educação, saúde e outros serviços públicos, revogação de direitos sociais e do trabalho, flexibilização dos agrotóxicos e privatizações desenfreadas. Tudo isso mascarado sob o discurso de “crise econômica”, livre mercado, equilíbrio das contas públicas e austeridade. É nesse sentido que a sociedade neoliberal é necropolítica: ela objetiva sempre o lucro, mesmo que isso signifique a morte de diversas formas de vida, como demonstra Krenak (2020a). O que fica nítido, portanto, é a existência de um poder voltado para a morte que passa a se espalhar rapidamente na política brasileira, alastrando-se para todos - mas que continua, em especial, alvejando as pessoas negras, principalmente mulheres, e pobres.

Como uma das primeiras cenas dessa conjectura, o SUS é tomado como uma despesa a ser racionalizada e vimos, já em 2016, a saúde ser alvo de um congelamento de gastos federais até 2036 através da Emenda Constitucional nº 95 (Brasil, 2016a), popularmente conhecida como de “Teto dos Gastos”. Em meio a inviabilização das políticas públicas nessa área, o subfinanciamento da saúde mental, que sempre foi um problema, converte-se em um verdadeiro desfinanciamento (Hoffmann & Pereira, 2023), agravando ainda mais a fragilização dos serviços territoriais, uma vez que implica diretamente em uma série de prejuízos, como redução na oferta de serviços, dificuldades na contratação de mais profissionais e sucateamento dos equipamentos.

A pandemia da Covid-19, iniciada em 2020, por sua vez, escancarou essa tragédia anunciada, afetando drasticamente a micropolítica do trabalho em saúde mental e dificultando ainda mais a construção de um cuidado voltado para a produção de vida dos usuários, tendo em vista que, com o aumento de demanda e falta de recursos, as possibilidades terapêuticas ficaram bastante limitadas. Durante o nosso estágio, em 2021, era recorrente escutar dos profissionais relatos sobre a sobrecarga que eles vivenciavam, especialmente após três dos quatro psiquiatras se demitirem ao mesmo tempo. Em certo momento, ficamos responsáveis por organizar a lista de espera e o número de prontuários parecia não ter fim, algumas pessoas esperando há mais de ano por acompanhamento.

E mesmo quando a pandemia se abrandou e a equipe foi aumentada em 2022, a precarização e desarticulação da rede limitava bastante as possibilidades de cuidado. Em um serviço que deveria ser territorial, realizar atividades no espaço aberto da comunidade dependia quase inteiramente de cada profissional, pois até mesmo o transporte para levar os usuários havia sido descontinuado.

Concomitante a esse desfinanciamento, as instituições psiquiátricas, que já vinham recebendo incentivos em anos anteriores, começam a ganhar força em um ritmo mais acelerado. Como pode ser constatado, também em 2016, temos a publicação Portaria nº 1.482 do Ministro da Saúde (Brasil, 2016b), admitindo as comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que facilita o seu financiamento com recursos públicos - algo que já vinha acontecendo, mesmo que de forma restritiva, desde o governo Dilma (2011-2016), pois foi em seu mandato que houve a inclusão, em caráter complementar, das comunidades terapêuticas na RAPS.

Além disso, temos, em 2017, a aprovação da Resolução nº 32 (Brasil, 2017a), da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a qual inclui, pela primeira vez, os hospitais psiquiátricos na RAPS. Ao voltar-se para essa configuração, o Brasil foi arrastado para uma

tendência global de regressão ao manicômio concreto, com fortes interesses políticos, comerciais e opressores que veem na loucura e nas instituições asilares uma grande fonte de lucro.

Logo em seguida, foi publicada a Portaria MS 3.588/2017, que institui o CAPS Álcool e Outras Drogas (AD) tipo IV, o qual se apresenta estruturalmente como um pequeno hospital psiquiátrico (Cruz et al., 2019). No mais, o tamanho das SRT e das enfermarias de leitos de saúde mental em hospital geral são aumentadas, além dos recursos federais hospitalares serem ampliados (Brasil, 2017b). Temos, ainda, a preocupante falta de diretrizes para financiamento dos CECOs, que serão detalhados em outra parte, como também sua supressão como integrante da RAPS (Barros et al., 2019).

Enquanto isso, como vimos, o investimento em serviços de base territorial e comunitária é sistematicamente secundarizado, criando a cadeia perfeita para que muitos usuários e famílias, como bem explicam Chiabotto et al. (2022), sintam-se cada vez mais desassistidos pelos serviços territoriais, não encontrando outra solução se não a internação e a medicação excessiva. Cabe apontar que, no geral, adquirir informações oficiais sobre o financiamento e o estado geral da saúde mental no Brasil é uma tarefa complicada, uma vez que esse campo tem enfrentado um apagão de dados há sete anos, como parte da perversidade dos governos pós-golpe (Guimarães & Rosa, 2019).

Entretanto, não podemos reduzir as problemáticas somente à falta de recursos e retomada das instituições psiquiátricas. Se olharmos mais a fundo, percebemos que a eleição de Bolsonaro, em 2018, veio com a ampliação de ataques diretos a grupos específicos na sociedade, tomando como estratégia necropolítica a “noção ficcional do inimigo” (Mbembe, 2018a, p. 17). A construção dessa trama, pautada em investimentos desejantes reativos e forjada sob o apego a pretensos valores cristãos tradicionais, resultou na expansão da intolerância com as diferenças e na delimitação mais explícita de quais vidas podem ou não

existir, de quem é reconhecido ou não como pessoa e de quem é passível ou não de luto, colocando no receptáculo de violências aqueles que fogem do ritmo imposto: “por dançar uma coreografia estranha são tirados de cena, por epidemias, pobreza, fome, violência dirigida” (Krenak, 2019, p. 34).

Destarte, assistimos desde então ao fortalecimento de mecanismos de discriminação, de abandono do outro, do punitivismo, dos discursos de ódio e de exclusão, recrudescimento da violência contra integrantes de grupos minoritários e de movimentos sociais, acirramento da guerra às drogas, do genocídio e do encarceramento em massa, principalmente da população negra (Borges, 2019). Guerras ficcionais que, por sua vez, levam a outros desdobramentos cruéis, mas nem sempre tão explícitos, como mães, em especial as negras e pobres, perdendo seus filhos e filhas por balas, encarceramento, LGBTQIAPN+fobia, feminicídios, em uma cadeia de produção de violências e sofrimentos, que se torna ainda mais problemática em meio ao pacto de silêncio da branquitude acerca da existência do racismo no país (Bento, 2022). Com efeito, fomos nos vendo, de maneira obviamente distinta, a depender de fatores como gênero, raça, classe e território, em contextos cada vez mais abrangentes de opressão, vulnerabilidade e dificuldade de acesso à saúde, educação, trabalho, habitação, lazer, entre outros direitos.

Um dos retratos mais bárbaros dessa vida cada vez mais deteriorada, a nosso ver, se releva no número crescente de jovens em esgotamento psíquico. No CAPS, um de nossos maiores estranhamentos foi perceber uma certa mudança de perfil das pessoas que estavam chegando ao equipamento. Embora o serviço não possuísse uma estratégia oficial para identificar quem eram os seus usuários em termos de marcadores sociais, era notória a quantidade significativa de jovens que estava buscando atendimento na unidade, majoritariamente perfilado por mulheres de meia-idade. Não por acaso, um dos grupos mais

afetados pelo suicídio são justamente jovens e, sobretudo, jovens negros, devido, principalmente, ao preconceito e à discriminação racial (Brasil, 2019a).

Temos, em meio a isso, o esvaziamento das questões que dizem respeito ao coletivo, a partir do esfacelamento dos laços sociais e da intolerância à alteridade, sendo este um dos efeitos mais devastadores do contemporâneo neoliberal (Guattari, 1990). Com a pandemia, o lugar do coletivo, já significativamente transformado, é suprimido mais ainda devido ao afastamento social, que ocasionou, por consequência, o crescimento exponencial de uso das plataformas digitais e outros aparatos tecnológicos. E se, por um lado, tais recursos ajudaram a sustentar as relações interpessoais nesse momento difícil, por outro, contribuíram para a aceleração da digitalização e individualização da vida. Seguindo esse fluxo, não é de se estranhar que as experiências de cuidado estejam cada vez mais reorientadas para técnicas estritamente individualizantes, com valorização da eficiência e rapidez, em detrimento de práticas integrais e coletivas.

Não obstante, o bolsonarismo também veio com um forte discurso de descredibilização da ciência, consolidando um regime de desinformação e negacionismo no país. Juntando isso a uma profunda postura conservadora e a uma política de privatização, criou-se o terreno propício para a disseminação do campo manicomial, dentro de um plano não só biopolítico, mas também necropolítico.

Compreendemos, consoante à David (2022), que ambos os conceitos são cruciais para a análise e compreensão dos desafios enfrentados no Brasil contemporâneo, como o genocídio da juventude negra, o controle de territórios, a criminalização, a guerra às drogas, a manicomialização e o encarceramento em massa. Por tal razão, segundo Lima (2018), é possível falar hoje de uma bio-necropolítica, que constitui um agenciamento entre esses diferentes diagramas de poder que atravessa principalmente em contextos como o Brasil.

Ainda no governo messiânico, o Ministério da Saúde (MS) divulgou, em 2019, a Nota Técnica nº 11, destinada a "esclarecer aspectos da nova política de saúde mental" (Brasil, 2019b). De acordo com Delgado (2019), além do ataque direto à atual política de saúde mental, alguns outros pontos da nota merecem ser destacados, como o apoio ao papel estratégico do hospital psiquiátrico na RAPS; ênfase em métodos biológicos de tratamento, como a eletroconvulsoterapia; foco na internação de crianças e adolescentes; desmembramento entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas; e posicionamento contrário às estratégias de redução de danos. Tudo isso dentro de uma rede que estruturalmente acolhe aqueles que têm sentido com mais força os efeitos das transformações e operações de poder no contemporâneo: as pessoas negras e pobres.

Não é por acaso que os internos de hospitais psiquiátricos no Brasil têm classe e cor de pele específicas. Como aponta o censo psicossocial realizado no estado de São Paulo em 2014 (Barros et.al, 2017), 38,36% das pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos no estado eram negras, enquanto a população negra no estado era de 27,4%. Além disso, a pesquisa também aponta a pobreza como alvo do regime de contenção promovido por essa lógica, pois a precariedade social, associada ao transtorno mental ou às doenças clínicas, foi apontada como motivo da permanência na instituição por 65,30% casos.

Dentro disso, a falta de recursos nos serviços territoriais cria a condição estratégica para que os próprios profissionais de saúde mental desses equipamentos, como bem pudemos experienciar em nossas andanças no CAPS, não consigam dar conta da grande quantidade de pessoas que demandam por esses serviços, tornando ainda mais difícil para a equipe promover um cuidado efetivamente psicossocial. O objetivo é justamente fragilizar e descredibilizar os equipamentos territoriais, criando gargalos para fortalecer os hospitais psiquiátricos e a indústria farmacêutica.

Não à toa, como vimos no início desta seção, as internações psiquiátricas subiram disparadamente, numa “quase uma reedição da indústria da loucura, denunciada nos anos 1970” (Nunes et al 2019, p. 4494), em que se volta a sustentar práticas institucionalizantes, com foco nos hospitais psiquiátricos e nas comunidades terapêuticas. É mais uma vez o manicômio, em sua estrutura física, sendo convocado para sustentar o sistema e esconder as suas contradições. Com isso, não é difícil visualizar que, em meio a essa avalanche manicomial, as práticas de cuidado com arte também acabem enfraquecidas e mais desvalorizadas.

É válido aprofundar, ainda, que temos entendido o neoliberalismo não só como uma política econômica, mas sobretudo como um sistema normativo indissociado de processos de produção subjetiva (Dardot & Laval, 2016; Rolnik, 2018; Mbembe, 2018b). Nele, há um uso do aparato psíquico como fronteira de dominação, o que não é exatamente algo novo, uma vez que Fanon (2008) já apontava a importância desse elemento para o sucesso da dinâmica colonial. O que temos, na realidade, é uma metamorfose dessa estratégia, com o intuito de forjar uma existência capturada por vetores concorrenciais e empresariais (Dardot & Laval, 2016).

Com a maior propagação dessa racionalidade de mundo em solo brasileiro, eminentemente mercadológica e pautada em uma suposta liberdade individual, multiplica-se a busca por diversas técnicas que visam a “fabricação de um novo sujeito” (Dardot & Laval, 2016), como livros de autoajuda, prática do coaching, cursos de autoconhecimento, drogas estimulantes e de tantas outras ferramentas oferecidas no meio social para que ele possa se autogerir.

Consolida-se, assim, a ficção de “um novo sujeito humano, empreendedor de si mesmo, moldável e convocado a se reconfigurar permanentemente em função dos artefatos que a época oferece” (Mbembe, 2018b, p. 16). Entretanto, ao se inserir nesse esquema de

construção de territórios sempre provisórios, na busca constante por outros que se mostrem mais eficazes, o sujeito neoliberal, almejando exercer a sua própria “liberdade”, entra em uma dinâmica de autoexploração e controle de si mesmo. Destarte, o neoliberalismo tem investido massivamente no plano dos afetos para impor aos cidadãos a busca incessante pelo sucesso pessoal e profissional, em um movimento de captura do desejo e sua orientação nas normas do mercado (Angel, 2020).

Mas toda essa neoliberalização da existência e produção de vidas fragilizadas promovidas pela excitação do neoliberalismo no Brasil não veio, claro, sem a disseminação de um mal-estar que assola cada vez mais a população, sendo este justamente parte de seu projeto, como bem observa Furtado (2018). Nesse contexto, pois, o sofrimento não é visto mais como um problema, mas sim como algo rentável. Conforme alerta Angel (2020), o neoliberalismo não tem o interesse em minimizar o sofrimento, mas sim em administrá-lo.

Por assim dizer, o desencanto e impotência do sujeito é uma de suas obras principais. Nesse diagrama, ao invés da riqueza e felicidade prometidas, têm-se dívidas, insatisfação e depressão. Ao invés de potência, esgotamento e cansaço. De fato, os atendimentos ambulatoriais e internações no SUS relacionados à depressão cresceram 52% entre 2015 e 2018, passando de 79.654 para 121.341. Na faixa etária de 15 a 29 anos, o crescimento foi de 115% (Brasil, 2019c), alertando-nos mais uma vez sobre uma juventude cada vez mais padecida.

Nesse caldeirão, com a chegada da Covid-19 e do consequente isolamento social, agravou-se sobremaneira esse problema já existente, potencializando o sofrimento psíquico tanto de quem seguia das medidas preventivas, mas também daqueles que não podiam segui-las e estavam mais propícios à morte. E, mais uma vez, o discurso do até então presidente tornava a situação ainda mais drástica. Ao afirmar, por exemplo, que a economia não podia

parar no contexto pandêmico, Bolsonaro explicitamente demarcou aqueles que podiam morrer (Krenak, 2020a).

Para além disso, certo dia nos deparamos com uma informação emitida pela Organização Mundial de Saúde [OMS] (2021) de que há mais pessoas no mundo morrendo por suicídio do que por guerras e homicídios, atingindo aproximadamente 700 mil indivíduos por ano. Procurando mais a fundo, descobrimos que o Brasil é o oitavo país em números absolutos de suicídios, e que entre 2010 e 2019 foram registradas 112.230 mortes por suicídio, com um aumento preocupante de 43% no índice de mortes anuais (Brasil, 2021). Acreditamos que esses índices podem ser um importante analisador do triunfo do neoliberalismo não apenas como produtor, mas também como gestor de sofrimento psíquico, tal como postulado por Safatle et al (2021).

Afinal, no neoliberalismo, os indivíduos passam a se ver como “um mero produto do acaso” (Mbembe, 2018b, p. 16), sem qualquer relação com contextos históricos, sociais, econômicos e políticos de sua época. Sob um viés meritocrático que sustenta, inclusive, os desmontes e retrocessos das políticas públicas, é promovida uma autoresponsabilização sistemática dos indivíduos pelo seu próprio sucesso, mas principalmente por seu fracasso. Neste ponto, uma questão crucial a se colocar é: como essas forças reverberam na nossa relação com o sofrimento psíquico? É que o acirramento da equação neoliberal tem trazido repercussões drásticas na forma como experienciamos o sofrer, modificando também, como bem aponta Angel (2020), a própria maneira que este será tratado na atualidade.

Tal como vimos na seção anterior, o aparato psiquiátrico historicamente esteve atrelado às engrenagens capitalistas e coloniais instituídas, o que não vai ser diferente nesse novo sistema normativo, que precisa manejar os afetos em colapso dos indivíduos para manter a adesão à máquina neoliberal. Assim, como resposta ao aumento do sofrimento psíquico, o discurso psiquiátrico, no rol de técnicas destinadas ao aperfeiçoamento da

performance do empresário de si, adquire uma função decisiva de traduzi-lo em patologias mentais que serão “objeto de tratamento por modalidades de intervenção médica que visam permitir a adequação da vida a valores socialmente estabelecidos com forte carga disciplinar” (Safatle, 2018, p. 09).

Neste novo contexto, a psiquiatria atualiza o seu objetivo de “cura” e passa a focar na regulação do mal-estar, com ênfase na funcionalidade do corpo. Com isso, a sua função passa a ser de maximizar os ganhos performativos dos sujeitos (Safatle et al. 2021), a fim de aumentar a produtividade e o rendimento da população. Dentro dessa perspectiva, os psicofármacos, principal recurso psiquiátrico de assistência, passam a servir como um dispositivo biopolítico que atua a céu aberto, característico dos mecanismos de poder da sociedade de controle (Deleuze, 1992/2008), como vimos no tópico anterior. E, de pronto, uma saída lucrativa para docilizar os corpos e mentes, anestesiando as frustrações e o esgotamento físico e mental decorrentes dessa sociabilidade pungente - especialmente no caso das mulheres, de forma ainda mais acentuada nas de baixa renda e negras, que frequentemente se veem sobrecarregadas ao acumularem responsabilidades e realizarem múltiplas jornadas de trabalho (Alvarenga & Dias, 2021).

Além disso, temos a organização tecnocientífica cada vez maior dos sistemas de identificação e classificação dos agora chamados “transtornos mentais”, refletindo uma crescente ampliação das categorias diagnósticas, inclusive para fenômenos e reações comuns da vida, que passam a ser vistos como patologias de natureza cerebral, frutos de desequilíbrios neurológicos e bioquímicos, e portanto passíveis de intervenção médica (Safatle et al. 2021), Com essa expansão da medicalização do social, até mesmo as pequenas alterações em nossos comportamentos cotidianos passam a se configurar como um sintoma de algum transtorno psiquiátrico, em que se recomenda uma terapêutica psicofarmacológica com a promessa de restabelecer o equilíbrio neuroquímico alterado.

Trata-se, portanto, de processos que buscam, nos moldes da governabilidade neoliberal, posicionar o sujeito como refém do corpo biológico (Furtado, 2018), com fins de expandir o controle sobre a existência dos sujeitos. Com a intensificação desses processos nos últimos anos, tem se repercutido no campo da saúde mental desafios tais como: a) fragmentação do cuidado e apagamento de outros determinantes da saúde mental, que são colocados de lado em detrimento de fatores biológicos (Furtado, 2018); b) redução do cuidado à técnica e enfraquecimento do olhar interseccional para as questões que chegam aos serviços de saúde mental, relegando a atenção a práticas homogêneas e individualizantes (Alves & Liberato, 2022); c) assistência despolitizada e privatizada, voltada para a produção de consumo e lucro (Safatle et al., 2021); d) patologização e medicalização da vida (Amarante et al. 2018), entre outros tantos problemas que já existiam, mas que têm se tornado mais agressivos na atualidade.

Muitos autores, como apontamos na seção introdutória deste trabalho, têm denunciado que vivenciamos, desde 2016, uma contrarreforma psiquiátrica (Pitta & Guljor, 2019; Nunes et. al, 2019; Oka & Costa, 2022; Chiabotto et al. 2022). Com isso, os governos recentes têm ignorado todo um aparato de base territorial-comunitário que possui amplo respaldo científico e epistemológico, além de importante reconhecimento internacional (Oka & Costa, 2022). Entretanto, tais estudos têm focado mais especificamente nos retrocessos direcionados à política nacional de saúde mental nos últimos anos. Mas, como podemos ver, esse contexto tem se mostrado para nós algo mais complexo do que o retorno aos manicômios concretos, condensando todo um circuito que leva ao revigoramento dos fluxos e refluxos manicomialis em nossa sociedade.

De modo a intensificar essa ofensiva, a pandemia foi utilizada para fortalecer o reducionismo biomédico e a medicalização do sofrimento mental, por meio da divulgação do discurso de “quarta onda”, que associa seu aumento presumido a uma suposta “epidemia de

transtornos mentais” (Garcia et al., 2022). E embora entendemos que os psicotrópicos possam desempenhar, a depender do quadro, um papel complementar no cuidado ao sofrimento psíquico, a priorização propagandística de seu uso como resposta primária configura-se como uma estratégia que dá sustentação à estrutura manicomial, em um movimento de anestesiamento do sujeito (Rolnik, 2018) e apagamento das diversas formas de opressão e violências que geram o sofrimento psíquico na atualidade.

Em meio a isso, da mesma forma que o neoliberalismo disponibilizou ferramentas no tecido social para nos autogerir e autoexplorar, ele tem disponibilizado formas de nos automanicomializar. Não precisamos mais sequer da figura dos psiquiatras e psicólogos nos diagnosticando. Basta uma pesquisa na internet, um *TikTok* ou responder a um teste do *Buzzfeed* para aprisionarmos nossa diferença e sofrimento existencial em uma classificação nosológica. Isso tudo tem nos levado a acreditar que a “quarta onda” não tem sido a do aumento de “transtornos mentais”, mas sim a da propagação ferrenha das forças manicomiais em nossa sociedade.

Os escombros pós-apocalípticos

Não sou um pregador do apocalipse, o que tento é compartilhar a mensagem de um outro mundo possível (Krenak, 2020b, p. 7).

Como podemos ver, de alguns anos para cá, temos testemunhado episódios marcantes que destacam a nossa permanente dificuldade de avançarmos em direção a uma saúde mental libertária, que esteja em sintonia com o projeto societário da reforma psiquiátrica e com as demandas da luta antimanicomial, antirracista, feminista, antiproibicionista etc. Em meio a uma produção compulsória de sofrimento psíquico, impulsionado pelo neoliberalismo e suas

operações bio-necropolíticas, parece-nos que o caminho tem sido o de conduzir uma clínica psicossocial apolítica, tratando essas questões como problemas de cada sujeito.

Para muitos, a posse do presidente Lula pode significar o fim desse cenário sombrio. Entretanto, as feridas que foram rasgadas pelo facão dos governos anteriores não serão curadas assim tão facilmente. Estas são, pois, feridas que se disseminam para além das políticas públicas, uma vez que atingem todos os níveis da vida, sejam eles sociais, culturais, subjetivos e intersubjetivos.

E mesmo na esfera das políticas públicas, ainda hoje, assistimos a medidas que contrariam o compromisso com o avanço da reforma psiquiátrica. Mesmo com amplos setores da luta antimanicomial apoiando a candidatura do novo presidente, o governo atual criou, logo no primeiro mês de mandato, o Departamento de Apoio a Comunidades Terapêuticas no âmbito do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), mostrando-se resistente às demandas antimanicomiais e ignorando os diversos relatórios e documentos recentes que denunciam a ineficácia e as violações de direitos humanos que ocorrem nesses espaços, tais como os emitidos pelo Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2018) e pelo Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro [MPRJ] (2020).

Diante desse contexto, é comum que estejamos nos sentindo confinados a um tempo imediato, em um espaço sem linha de fuga. A reforma psiquiátrica, precisamos lembrar, só é possível por conta das pessoas e seus movimentos (Almeida & Merhy, 2020), sujeitos que estão vivendo em tempos que nutrem processos subjetivos com fortes formatações coloniais e neoliberais, que aniquilam as possibilidades criativas e de invenção, sendo este justamente o projeto atroz do regime colonial-capitalístico ou cafetinístico, citado por Rolnik (2018). Em uma sociabilidade travada nas telas, presa em nossas próprias casas, em nossa própria individualidade, algo que a pandemia acabou por reforçar. Cansados, esgotados, dopados, em

uma redução progressiva das tentativas poéticas de intervir nos modos contemporâneos de perceber, pensar, sentir, viver e conviver.

E nossos tempos pressupõem, como vimos, esse corpo esgotado e não é à toa que esse esgotamento também se propaga para a reforma psiquiátrica, se pararmos para dialogar com a afirmativa de Desviat (2018) sobre a existência de uma reforma psiquiátrica esgotada, que necessita de reformulações. Nossos corpos estão soterrados pelos escombros de eventos traumáticos, tais como a pandemia, e diferentes retrocessos, desmontes, discursos e operações que têm trabalhado insistentemente para nos manter assim: desencantados. Neste contexto de constantes abalos, que nos convida a cair em uma perda de vivacidade, “que imobiliza e tampa nossos ouvidos ao canto do pássaro dos sonhos” (Simas & Rufino, 2020, p. 16), parece mais difícil manter um projeto de saúde mental capaz de resistir às fraturas sociais e existenciais que vivenciamos em um curto espaço de tempo.

O cuidado às pessoas em situação de crise sempre foi um dos maiores gargalos da reforma psiquiátrica. São nesses momentos em que mais frequentemente se recorre a procedimentos típicos do manicômio (Dimenstein et al, 2012; Cruz et al, 2019). E é isso que vivemos hoje: um modo de sobrevivência e desestabilização tão generalizada, inclusive, dos próprios profissionais da saúde mental, que dificilmente vemos possibilidade de continuar caminhando em direção a utopia de uma sociedade libertária. Talvez por isso que Simas e Rufino (2020, p. 10) afirmam que “o contrário da vida não é a morte, o contrário da vida é o desencanto”.

O desencantamento diz sobre as formas de desvitalizar, desperdiçar, interromper, desviar, subordinar, silenciar, dismantelar e esquecer as dimensões do vivo, da vivacidade como esferas presentes nas mais diferentes formas que integram a biosfera. Entender o desencante como uma política de produção de escassez e de mortandade implica pensar no sofrimento destinado ao que concebemos como o

humano, no deslocamento e na hierarquização dessa classificação entre os outros seres (Simas & Rufino, 2020, p. 12).

Entretanto, apesar de muitos se agarrarem a uma chave de sentido de crise como algo negativo, de assombro e ruína, temos preferido pensá-la como um momento em que nasce a “possibilidade de insurreição da potência que instaura a diferença, de formação de uma bifurcação autopoietica que não deseja o retorno a um estado de equilíbrio” (Romagnoli, 2017, p. 172). Distante de enxergar na crise uma desculpa para restabelecer a ordem, portanto, podemos ressaltar precisamente sua natureza criativa.

Sobre isso, Rolnik (2006b, p. 110) declara que: “Ao contrário, o que parece tão absoluta e irreversivelmente desastroso - "a crise" - pode não desencadear uma síndrome de carência, pode ser vivido de mil outras maneiras e até revelar-se como altamente potencializador”. Do mesmo modo, Deleuze (2010) defende que é preciso engajar-se numa apropriação ético-política do esgotamento, pois é nele que, diferentemente da fadiga, surge a possibilidade de o novo emergir.

Não por acaso, temos assistido a um número cada vez maior - apesar de ainda não suficiente - de estudos que têm buscado radicalizar a proposta da reforma psiquiátrica dentro de discursos e estratégias decoloniais, antirracistas, feministas, entre outros discursos que foram historicamente apagados dentro desse movimento (Benício, 2022). Tais estudos advogam políticas de cuidado necessariamente engajadas e implicadas com os sujeitos subalternizados e que criem condições concretas para a continuar enfrentando o manicômio (e colonialidade) como desejos.

Como afirma Rolnik (2018), a resistência se dá no próprio plano que o neoliberalismo captura, que é o campo da produção subjetiva e do desejo, em uma prática de criar cenários, mesmo que utópicos, que nos tragam de volta a nossa capacidade de continuar lutando por uma sociedade outra. Portanto, se a estratégia do neoliberalismo é instaurar e se utilizar do

discurso da crise permanente e generalizada para expandir os seus tentáculos em todas as esferas da nossa vida, vendendo-a como desculpa para supostamente reordenar aquilo que se encontra desarranjado, o que propomos, então, é a subversão e deslocamento dessa lógica para a ideia de revolução.

Com Deleuze (1992), entendemos que a revolução não se configura como um ponto final, mas como linha de transformação, isto é, à afirmação da resistência. Dentro disso, o que propomos é pensar a crise como oportunidade de criação de caminhos alternativos, colocando-a como uma experiência de transmutação: “O transcorrer da crise não seria apenas a passagem e a superação de um momento difícil, mas a condição necessária (e não suficiente) para que novos engendramentos possam vir à existência” (Walter & Pino, 2017). Arranjos esses, vale apontar, que afetem a vida de modo a fortalecê-la.

Em meio a isso, defendemos a importância de (re)pensar as possibilidades emancipatórias da arte na atenção psicossocial, ainda que diante de grandes dificuldades, entendendo que a contingência atual abre espaço para a resistência, ampliação e transformação de suas possibilidades nesse campo.

Escritos sobre a produção de cuidados através da arte no campo da atenção psicossocial

[...] Na verdade, se existe um traço característico da criação artística é que, na origem do acto de criação, está sempre em jogo uma violência, um sacrilégio e uma transgressão mimada, com capacidade, assim se espera, de fazer com o que indivíduo e sua comunidade se desloquem do mundo tal como ele foi ou é (Mbembe, 2018b, p. 300).

O panorama descrito acima nos mostra que os tempos são outros. Parece-nos que as problemáticas que envolvem a reforma psiquiátrica no Brasil têm ganhado novas configurações, somando-se a tantas outras questões já existentes em meio a intensificação do neoliberalismo e suas operações bio-necropolíticas, assim como devido ao cenário pós-pandêmico que atinge esse processo em espaços nunca experimentados. Mas, afinal, o que a arte teria a ver com tudo isso?

É que os desafios que relatamos, junto a nossas experiências no CAPS, tem nos permitido entrar em contato com forças de diferentes naturezas que podem impedir ou limitar o cuidado de base artística nos serviços territoriais. De outro modo, entretanto, temos buscado pensar sobre suas possibilidades diante desse contexto, entendendo que elas se encontram em constante reinvenção. A seguir, fazemos um convite a quem lê para nos acompanhar em algumas reflexões que tem nos auxiliado a pensar o lugar da arte no contemporâneo da reforma. No mais, procuramos definir a concepção de arte que nos atravessa e a sua articulação com o campo da produção de cuidados.

Diálogos entre arte e saúde mental no contemporâneo: o que dizem as publicações no contexto brasileiro?

Como apontamos na seção anterior, com o advento da perspectiva psicossocial de atenção, a ampliação da assistência em saúde tornou-se uma preocupação para além do olhar biologizante e medicalizante da vida, base para o modelo manicomial de tratamento. Tal deslocamento colocou em roda a necessidade de se pensar formas alternativas de cuidado nesse campo, buscando responder à complexidade inerente ao sofrimento psíquico a partir de uma abertura horizontalizada e não fragmentada aos diversos domínios da experiência humana, tais como a arte. Em meio a isso, nos últimos anos, uma gama de publicações acerca dos encontros possíveis entre arte e saúde mental constroem fluxos que experimentam as práticas artísticas em sua importância para o processo da reforma psiquiátrica e como possibilidade de cuidado nos mais múltiplos sentidos.

Podemos citar como exemplos alguns dos importantes trabalhos de Lima (2006; 2009; 2010) abordando as articulações entre arte, clínica e loucura no Brasil, a partir de uma perspectiva da terapia ocupacional. No primeiro artigo referido, a autora enfatiza que a abertura vivenciada pela arte durante o século XX para acolher obras produzidas em situações clínicas foi algo que contribuiu fortemente para modificações na sensibilidade contemporânea, produzindo novas configurações nos campos da arte, da clínica e da loucura, bem como em suas conexões (Lima, 2006). Em meio a isso, por exemplo, algumas práticas clínicas passaram a investir no cuidado como promoção de processos de vida e de criação, em consonância com alguns movimentos na arte, e a loucura encontrou no campo artístico uma espécie de linha de fuga para estremecer a lógica manicomial, relata a autora.

Em outro texto, Lima (2009) discorre sobre a importância que as obras de Machado de Assis tiveram em revelar certas experiências da loucura e, sobretudo, em descortinar os jogos de poder que atravessavam a ciência psiquiátrica da época. Com isso, a pesquisadora

aponta mais uma vez a relevância da arte em provocar fissuras na concepção psicopatológica de loucura e produzir mutações na forma de cuidar do sofrimento psíquico. Ainda, Lima (2010) fala do legado de Qorpo-Santo para o campo da saúde mental, destacando a potência do ato criador sobre a vida de pessoas que experimentam estados clínicos. De acordo com a autora, a obra de tal artista possui grande relevância nas relações que se podem estabelecer entre criação e saúde.

Com esses estudos, vamos percebendo que a arte surge como um dispositivo factualmente valioso para o processo da reforma psiquiátrica em nosso país, propiciando mutações nos saberes e práticas em saúde mental que, arriscamos dizer, contribuíram para formar as bases deste movimento, principalmente de suas proposições sobre o cuidado ou, pelo menos, ajudaram a montar o cenário para sua constituição. Lima e Pelbart (2007) corroboram também com essa perspectiva, a partir da produção de uma conhecida pesquisa histórica sobre as relações entre práticas artísticas e processos terapêuticos no Brasil que aponta, entre outras coisas, o andar conjugado desses campos no contemporâneo.

No mais, Castro e Lima (2007), assim como Melo (2010), destacam a relevância de Nise da Silveira para o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, a qual veio produzir importantes transformações nos campos da clínica e da pesquisa em saúde mental a partir de sua aposta no campo estético. Segundo tais autores, a partir da arte, a psiquiatra brasileira construiu um trabalho vanguardista na ruptura com o modelo de assistência manicomial vigente, defendendo um saber e fazer em saúde mental transdisciplinar, pautado em aspectos afetivos, expressivos e libertários.

Também, Providello e Yasui (2013), ao discorrerem sobre a proximidade entre a loucura e a arte que atualmente se vê no senso comum, afirmam que a primeira encontrou nas linguagens da segunda uma via importante de expressão diferente da linguagem verbal, assim como possibilidade de ser socialmente reconhecida por esta, rompendo com a perspectiva

patológica e com o silêncio a que foi historicamente condenada. Nesse sentido, o campo artístico tem potencializado a desinstitucionalização da loucura ao possibilitar uma metamorfose identitária aos sujeitos em sofrimento psíquico, os quais podem se assumir e serem valorizados enquanto artistas.

Além dessa perspectiva mais histórica, evidencia-se outras produções que discorrem sobre o potencial da arte para o contexto da saúde mental e da atenção psicossocial, através de pesquisas e relatos de experiências, evidenciando múltiplos olhares sobre o cuidar com arte e efeitos produzidos nos usuários (Tavares, 2003; Ribeiro, 2007; Coqueiro et al., 2010; Liberato & Dimenstein, 2013). Liberato e Dimenstein (2013) demonstram, por exemplo, a partir de um estudo realizado em Fortaleza, que a arte surge como um dispositivo essencial para a desinstitucionalização e criação de um novo paradigma de cuidado e atenção, envolvendo de modo mais efetivo a cidade nesses processos, mas que não deixa de correr o risco de utilizada de modo restritivo, como uma ferramenta de reprodução e sobrecodificação da existência.

Tavares (2003), em sua pesquisa, também evidencia a arte como uma estratégia do cuidar que gere novas possibilidades existenciais para os usuários, além de relações mais afetivas entre eles e os profissionais. No entanto, acrescenta que, embora seja valorizada pelos trabalhadores dos CAPS, este valor da arte não é explicitado, nem é ela reconhecida como um campo de saber científico por eles, algo que também irá atravessar a nossa pesquisa, como veremos.

Ainda, há importantes estudos como o de Galvanese et al. (2013) que se empenham em refletir criticamente sobre como a arte tem sido implementada em equipamentos de saúde mental. Neste estudo, elas mapeiam a presença de práticas artísticas e culturais nos trajetos da atenção em saúde mental na cidade de São Paulo, indicando a existência de três tendências de cuidado: estritamente clínica, residual e psicossocial. A primeira, mais predominante, se

caracteriza por atividades circunscritas dentro dos CAPS cumprindo, sobretudo, uma função expressiva. A segunda, em menor quantidade, seriam práticas também restritas ao espaço dos CAPS, mas com resquícios manicomial, em que a arte se encontra destituída de seu potencial criativo, o que nos chama a atenção, mais uma vez, aos perigos da arte ser capturada por forças contrárias a processos libertários de cuidado. Já a última, localizada entre esses dois polos, estariam as atividades que abordagem uma perspectiva da clínica a partir da intersecção entre a arte e a saúde, promovendo a construção de espaços para a vivência da vitalidade criativa e para a experiência cultural dos participantes, com desdobramento parcial ou totalmente em espaços culturais da cidade.

O que fica para nós, com esses últimos estudos apontados, é de que mesmo a arte sendo um potente dispositivo para a reforma psiquiátrica, há uma série de desafios e perigos envolvidos na sua inserção no campo da atenção psicossocial.

Fora isso, surgem significativos estudos produzindo evidências sobre tipos específicos de arte e sua relação com a produção de cuidados e saúde no contexto da saúde mental. Algumas publicações, por exemplo, apontam trabalhos manuais, tais como o artesanato, enquanto um dispositivo que promove a criação de condições favoráveis para a melhoria da qualidade de vida de usuárias (Scardoelli, 2011). A dança emerge, igualmente, como uma potencializadora da (re)invenção da clínica em saúde mental, além de ser um modo de resistência à rigidez do contemporâneo, lançando os corpos dançantes ao movimento de abertura aos encontros e à produção da diferença (Moehlecke & Fonseca, 2011; Barone & Paulon, 2019).

Tem-se, ainda, importantes pesquisas sobre o teatro neste contexto (Milhomens & Lima, 2014; Pommer & Rocha, 2015), apontando-o como um possível transgressor do fazer clínico instituído e mobilizador de novos olhares da loucura. Cavallini (2020) traz, ainda, a partir da composição de oficinas, a criação audiovisual colaborativa como aposta num

cuidado de contorno estético que transborda previsibilidades morais e punitivas, fazendo nascer novos mundos.

Podemos prosseguir citando, também, experiências que conduzem um processo de assistência marcado pelo arranjo de diversas linguagens artísticas (Andrade & GrisiVeloso, 2015; Shekel et al., 2022), videoinstalações (Verztman, 2017) e intervenções urbanas (Zanchet, Palombini & Yasui, 2015) que ocupam a cidade e mobilizam a relação com a diferença a partir da apropriação do território e da inserção social em uma perspectiva de rede, como visto também em Liberato & Dimenstein (2013). Com esses estudos, percebemos as diferentes possibilidades da arte no campo das oficinas, grupos e atividades territoriais nos serviços abertos de saúde mental, a partir de seus mais múltiplos sentidos.

Em registros mais recentes, Lima et al. (2021) exploram as potencialidades das relações entre arte e saúde mental a partir de uma cartografia de políticas públicas desenvolvidas nos últimos trinta anos no Brasil que pautam a construção intersetorial de práticas clínicas, artísticas e culturais. Também, Silva et al. (2022) ressaltam a importância das oficinas terapêuticas artísticas na implementação da assistência no contexto da saúde mental, promovendo vínculos, acolhimento e a autonomia de pessoas em sofrimento psíquico. Na ampliação da experiência de expressividade do que pulsa, para além da contenção medicamentosa e da classificação nosográfica, a arte mais uma vez é apontada como dispositivo que provoca importantes rupturas com o paradigma psiquiátrico (Amarante & Torres, 2017).

Já Freitas e Amarante (2018) retomam questões históricas para apontar o papel pioneiro de Hans Prinzhorn na abordagem das relações entre a arte e a loucura, com o intuito de aprofundar e radicalizar a dimensão cultural do processo da reforma psiquiátrica. Pouco conhecido no Brasil, Prinzhorn era um psiquiatra alemão que questionou o valor “sintomático” das produções plásticas dos pacientes psiquiátricos para apresentá-las em seu

valor estético para o grande público. Ao tratar seus realizadores como indivíduos criadores, como artistas, foi um grande precursor de rupturas nos campos artístico-cultural e psiquiátrico (Freitas & Amarante, 2018).

No mais, é possível encontrar relevantes pesquisas de revisão bibliográfica sobre a arte no contexto de produção de cuidados (Correia & Torrenté, 2016; Roscoche et al., 2019; Guerreiro et al. 2022). Fora esses, encontramos tantos outros estudos que têm alimentado as produções recentes acerca desse dispositivo no campo da saúde mental (Galvanese et al., 2016; Moro & Gruazinha, 2016; Oliveira et al., 2017; Portugal et al., 2018; Félix-Silva & Soares, 2021; Cavalcante et al., 2022).

Aqui, não pretendemos de modo algum esgotar as publicações referentes ao nosso objeto de estudo. Sabemos que além dessas, há muitos livros, teses e dissertações que vêm sendo produzidos dentro dessa temática. E a relevância de tais trabalhos surge de maneira inquestionável. Contudo, nota-se que nas publicações mais recentes, a partir do que temos demarcado como início da crise da reforma psiquiátrica brasileira, isto é, em 2016, os escritos pouco consideram esse cenário ou fatores que o atravessam⁸. Como exemplo, pode-se observar uma ausência da questão da pandemia e dos desmontes na contextualização dessas produções.

São vistas apenas algumas pontuações, como em Rivera (2022, p. 1774), a qual observa que “vivemos uma tentativa clara de sucateamento e desmonte da rede brasileira de atenção em saúde mental, no bojo da grave desestruturação das políticas sociais já em andamento”; e por Amorim e Severo (2019), que verificam restritas iniciativas artísticas na realidade da saúde mental potiguar, seja pela estigmatização, seja pelo desconhecimento

⁸ É preciso, no entanto, apontar que há também a questão do tempo prolongado para aprovação e a publicação de artigos em periódicos, que tem sido um problema recorrente nas comunidades acadêmicas de vários campos.

como uma cena constante nos serviços, colocando em pauta a precarização da atenção e do processo de desinstitucionalização nos serviços.

A superficialidade no debate acerca de que cuidados têm sido (ou podem ser) produzidos através da arte em meio à crise corre o risco de dar abertura para a lógica manicomial, ao amparar-se num possível universalismo categórico de sujeito, sem localizar ou refletir sobre o que vem acontecendo na produção de adoecimento dos últimos tempos. Esse fluxo dá margem para produções organicistas com viés patologizante ganharem cada vez mais cena, como vem se observando. Em meio a isso, a arte vai perdendo espaço em relação às isenções oportunistas no contexto contrarreformista que partem do viés falacioso de um cuidado apolítico.

Cabe destacar, contudo, que apesar da lacuna nas produções sobre o encontro entre arte e o contexto no qual se insere a reforma psiquiátrica hoje, entendemos que isso não significa, necessariamente, que na micropolítica do trabalho em saúde mental o cuidado com arte não esteja produzindo novas configurações frente a esse cenário - que precisam, no entanto, ser cartografadas e disseminadas a fim de fortalecer as resistências, tendo em vista a sua importância histórica para o processo reformista, como pudemos ver ao longo deste tópico. Assim, optamos por demarcar aqui uma reflexão crítica sobre essas produções, pois notar tal ausência se configurou como um dos incômodos sentidos no processo de construção dessa pesquisa.

No mais, nos juntamos às percepções de Amorim e Severo (2019) para apontar que grande parte das pesquisas existentes no Brasil relativas à interface arte, cultura e saúde mental são relativas à realidade das regiões sudeste e sul do país, o que nos chama a atenção para a necessidade de se produzir dados sobre a realidade nordestina e, no nosso caso, fortalezense, que é entrelaçada por suas especificidades e problemáticas muito diferentes das regiões citadas.

Ainda há lugar para a arte na saúde mental?

Como vimos na seção anterior, uma das cenas que nos trouxe entranhamento ao retornar ao CAPS no mestrado foi perceber um certo esvaziamento do grupo artístico-terapêutico que estávamos colaborando, sentido também por uma das profissionais que já acompanhava aquele grupo há anos. Tal fato nos levou a rememorar uma outra cena, em que a artista deste CAPS, com contratação terceirizada, havia ficado sob ameaça de demissão diversas vezes em nosso período como estagiárias durante a pandemia, com a justificativa por parte da gestão municipal de “corte de gastos”. O que nos levou a outra informação importante, a de que ela era uma das poucas profissionais desta categoria a ainda atuar em CAPS na cidade, uma vez que em 2013, com a mudança de gestão, vários arte-terapeutas não haviam sido recontratados.

Sem ignorar os diversos fatores que podem ter contribuído para o esvaziamento do grupo e levando em conta que os arte-terapeutas não são, ou não deveriam ser, os únicos a produzirem cuidados através da arte, alguns questionamentos sobre o lugar desse dispositivo no contemporâneo da saúde mental começaram a pairar.

Em primeiro lugar, gostaríamos de situar ao leitor que as conexões entre arte e saúde mental são muitas, sendo essa uma zona fronteira em constante mutação, onde se desenham múltiplas composições possíveis, como mostram Lima & Pelbart (2007). Sobre isso, os autores citam Foucault para destacar que muitos antes da reforma psiquiátrica ganhar força no Brasil, a arte já era utilizada em hospitais reservados aos loucos do mundo árabe, criados por volta do século XII, com o objetivo de “curar a alma”.

Durante a Renascença, essa influência se manteve na Europa, de forma que o caráter terapêutico da arte continuou sendo valorizado, nos moldes da época, com a criação dos primeiros hospitais para insanos em território europeu. No entanto, ao longo dos séculos

XVII e XVIII, como vimos na primeira seção, a loucura vai se estabelecendo como “doença mental” e, então, são criados os hospícios organizados em torno do tratamento moral, fazendo com que as artes percam o seu valor como terapia (Lima & Pelbart, 2007), em detrimento do saber e fazer psiquiátrico tradicional, pautado na ciência positivista.

Contudo, no final do século XIX, houve uma transformação importante no pensamento ocidental e no mundo das artes. De acordo com Lima e Perbalt (2007), esse período foi marcado pela tentativa de unir duas formas de conhecimento que antes eram consideradas separadas: o científico e o estético. Essa mudança coincidiu com a revolução impressionista, que ampliou a sensibilidade ocidental e abriu caminhos para a exploração de novas formas de arte, na busca por contrariar a supremacia da norma culta europeia (Lima & Pelbart, 2007). Nesse contexto, a arte começou a se interessar pela loucura e a explorar sua conexão com a criação artística.

Do mesmo modo, a psiquiatria começou a se interessar pelas manifestações artísticas dos “doentes mentais”, buscando inicialmente utilizar os processos criativos como elementos a serem integrados na construção de um conhecimento sobre o funcionamento psíquico e os estados alterados ou patológicos da mente (Lima & Pelbart, 2007). Assim, nascem os primeiros estudos sobre a relação entre arte e loucura que enfatizaram a análise psicopatológica das criações artísticas e buscaram identificar modelos que permitissem correlacionar estilos artísticos a diferentes psicopatologias. Lima e Perbalt (2007) apontam que esses estudos chegaram ao Brasil junto às primeiras referências ao pensamento psicanalítico e à arte moderna europeia, o que resultou em uma aglutinação entre arte, loucura e clínica no modernismo brasileiro.

Vale ressaltar que na constituição das primeiras instituições asilares no Brasil, no final do século XIX, a arte não era vista como instrumento terapêutico, nem como material de estudos para a identificação de patologias (Lima & Pelbart, 2007). Já nas primeiras décadas

do século XX, sob influência da Europa, o olhar psicopatológico passou a ser recorrente diante de obras produzidas nos hospitais psiquiátricos, servindo como fonte ou confirmação de diagnósticos. No entanto, fugindo dessa perspectiva, alguns psiquiatras, como Osório César e Nise da Silveira, insistiram no uso e pesquisa do fazer artístico no campo da saúde mental a partir de um outro olhar, focando no seu caráter terapêutico mesmo antes de se falar em reforma psiquiátrica (Moro & Guazina, 2016).

Osório César foi um médico, músico e crítico de arte que via na Psicanálise uma importante fonte teórica para pensar a produção artística dos “alienados” (Moro & Guazina, 2016). Contaminado pelos modernistas, ele desenvolveu seus trabalhos no Complexo Hospitalar de Juquery, de 1923 a 1965, em um momento que, nesse espaço, investia-se no estudo de anatomia patológica e de patologia experimental (Lima & Pelbart, 2007). Durante esse período, ele organizou exposições com trabalhos artísticos dos internos, possibilitando a construção de narrativas para essas obras e artistas, seguindo uma corrente modernista de valorização da arte brasileira e criação de novas formas e modelos de se fazê-la (Moro & Guazina, 2016).

Em essência, a sua proposta era reconhecer tais produções como detentoras de qualidade artística e compreender como a elaboração destas poderia ser nela mesmo terapêutica, diferentemente de uma exteriorização de conteúdos sintomáticos ou inconscientes do paciente (Moro & Guazina, 2016). Além disso, ele teve a sensibilidade de entender a arte como um caminho possível para a reabilitação social dos internos e para a construção de uma vida fora do hospital (Lima & Pelbart, 2007).

Já Nise da Silveira foi uma psiquiatra, de formação junguiana, que movida pela sua oposição ao tratamento oferecido aos pacientes dos hospitais psiquiátricos, dedicou-se à pesquisa e desenvolvimento de outras terapêuticas possíveis, com o objetivo de encontrar atividades que servissem aos internos como meios de expressão (Moro & Guazina, 2016).

Lima e Pelbart (2007) apontam que, durante o desenvolvimento de seu trabalho, Nise da Silveira manteve sempre um diálogo aberto com o campo das artes, com a perspectiva de que as obras e os artistas se desprendessem de sua origem psiquiátrica.

Para Nise, a expressão por ela mesma teria uma função eminentemente terapêutica, não sendo simplesmente uma exteriorização de imagens que serviriam para o trabalho clínico (Rivera, 2020). De acordo com ela, a produção plástica também produz efeitos de transformação, tanto na realidade psíquica quanto compartilhada do sujeito (Moro & Guazina, 2016). Desta forma, com seu trabalho, ela deslocou a ênfase da psiquiatria hegemônica para a terapia ocupacional, dando maior notoriedade ao caráter terapêutico da arte do que a sua função diagnóstica.

Nas palavras de Castro & Lima (2007, p. 373), a inovação clínica de Nise “deu-se pela experimentação, invenção, criatividade, pelo afeto, cuidado, pela compreensão e construção de passagens para a autonomia.” Como vimos no item precedente, seu trabalho contribuiu significativamente para a transformação do cuidado no campo da saúde mental, abrindo caminho para procedimentos terapêuticos mais humanizados. Em um contexto de uso do eletrochoque como "padrão ouro" da psiquiatria da época, o trabalho sensível, artístico e revolucionário dessa psiquiatra se configurou por si só uma transgressão ao convencional tratamento psiquiátrico, que frequentemente negligenciava a singularidade e a subjetividade dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Mais do que isso, ela demonstrou que a arte não deveria ser secundarizada ou vista como um complemento, mas sim como um componente fundamental no cuidado a essas pessoas. Trazendo para os tempos atuais, isso nos leva a pensar na potência da arte como um caminho possível de transgressão a um modo neuroquímico de viver em que a medicalização ganha força.

Já a partir da década de 1970, no contexto da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica, as práticas artísticas saíram das instituições psiquiátricas não só para compor as oficinas da rede de saúde mental, mas para invadir a cidade, intervindo nas redes sociais e na cultura, buscando fazer frente aos “desejos de manicômio” (Machado & Lavrador, 2001) que constituem a sociedade.

Nesse cenário, tornou-se cada vez mais evidente a primazia do fazer artístico para a efetivação de uma nova assistência em saúde mental, que prioriza a reabilitação social dos indivíduos em sofrimento psíquico. Sobre isso, Amorim e Severo (2019, p. 284) apontam que a arte pode desempenhar um papel crucial na produção de saúde e vida dessas pessoas, pois é nela que “o ser humano se reconhece e expressa seu poder criativo e pode, por intermédio dela, ter reconhecimento social”. Aqui, a arte passa a transbordar o seu mero uso como objeto e instrumento para ser vista como possível vetor de transformação e ressignificação das relações e da própria vida.

Nesse período, surgiram diversas experiências com arte em solo brasileiro, como o projeto “Loucos pela Diversidade” (Amarante & Lima, 2008), do Ministério da Cultura (MinC), que criou iniciativas para estimular produções artístico-culturais de pessoas em sofrimento psíquico, conduzindo uma visão de tais atividades como construção de novas possibilidades de vida para esses sujeitos. Como um de seus desdobramentos, houve a premiação, em 2009, de inúmeras experiências artísticas, as quais passaram a ganhar maior visibilidade através dessa realização, dentre as quais podemos citar: o projeto TAM TAM, em Santos/SP; o Coral Cênico Cidadãos Cantantes, em São Paulo/SP; o Museu da Loucura, em Barbacena/MG; e o Bloco Doido é Tu! em Fortaleza/CE.

Esse movimento cultural, que cria diálogos intersetoriais com as artes em diversos âmbitos, promovendo ampla participação social e protagonismo dos atores sociais do movimento, conta ainda com expressões em filmes, exposições de arte, grupos culturais,

teatrais e musicais pinturas, esculturas, entre outros (Amarante & Torre, 2017; Torre & Steffen, 2022; Amarante et al., 2021).

Adicionalmente, é esboçada, pela política nacional, a criação de Centros de Convivência e Cultura (CECOs), que emergem como uma oportunidade inovadora e radical de construção de uma rede mais ampla de atenção, socialização e convívio, não apenas por aqueles que integram a rede de saúde mental e seus familiares, mas pela comunidade em geral (Barros et al., 2019). As atividades desenvolvidas nesses locais, que passam a compor a RAPS, como oficinas e ações coletivas, estão interligadas a outros recursos no campo da saúde e se conectam também com mecanismos territoriais e intersetoriais, na perspectiva de propiciar o enfrentamento do estigma e da marginalização, o acesso à arte e à cultura, a ocupação da cidade, a criação de encontros com a diferença, novos vínculos sociais e emancipação dos usuários.

É preciso frisar, contudo, que a criação e expansão de tais ações e políticas, tão fundamentais para a transformação das relações sociais entre a comunidade e as pessoas em sofrimento mental, como preza o processo reformista, não ocorreu como prioridade no Brasil. Os CECOs, por exemplo, são os equipamentos que possuem menor visibilidade no SUS e, conseqüentemente, ocupam um lugar de pouco investimento nas políticas públicas (Barros et al., 2019), não havendo, sequer, a real criação de nova norma federal para seu funcionamento, financiamento ou implantação.

[...] no âmbito das políticas ministeriais, não há, atualmente, portaria específica, ou mecanismo legal para repasses financeiros que viabilizem sua implantação e custeio. Esta pauta não assumiu caráter prioritário entre as ações desenvolvidas pela Atenção Básica após publicação da portaria 3.088 em 2011. Assim, sugere-se que este dispositivo, por sua relevância, amplamente reconhecida e pleiteada, principalmente

no âmbito da saúde mental, deve ser considerada nos planejamentos e estratégias a serem delineados para a RAPS (Brasil, 2016c, p. 42).

Em sua tese, Liberato (2011) traz alguns dados, ainda que de já desatualizados, que apontam um quantitativo irrisório de CECOs em todo o país e com maior concentração de investimentos e movimentos de criação desses equipamentos nas regiões sul e sudeste, o que também é apontado em Amorim e Severo (2019). E isso sem contar que a sua estruturação em alguns lugares somente aconteceu em decorrência da vinculação com movimentos sociais e por parcerias entre a comunidade e instituições (Ferigato et al., 2016).

Observar essas nuances nos ajuda a questionar o ponto em que chegamos na reforma: houve um aumento expressivo de CAPS, mas não necessariamente de outros equipamentos e estratégias da RAPS ou interligados a ela, mostrando a precariedade do cenário de desinstitucionalização em várias regiões do país. Isso, por óbvio, impactou o processo da reforma, gerando uma rede frágil e focada em uma assistência que resvalou para um foco ambulatorial. Com a crise atual, percebemos que a ausência desses equipamentos enfraquece a produção de cuidado e resistência da própria reforma.

Em Fortaleza, foi desenvolvido, em específico, o Projeto Arte e Saúde em janeiro de 2006, com assessoria e supervisão do Instituto Aquilae, para promover arte e cultura junto a rede municipal de atenção psicossocial, como bem demarcam Liberato & Dimenstein (2013). Segundo as autoras citadas, tal projeto tinha dois eixos básicos: o primeiro, referente a inserção de artistas nas equipes dos CAPS da cidade, incluindo a capacitação desses e de outros profissionais interessados na relação arte e cuidado; e o segundo, que visava fomentar ações culturais extramuros. Como parte desse último, foram criados eventos na cidade, perpassados por atividades artísticas, para dar visibilidade a datas comemorativas, tais como o Dia da Luta Antimanicomial (18 de maio) e o Dia Mundial da Saúde Mental (10 de outubro), e atividades como o “Tô de Lua”.

Ademais, a cidade conta com o já citado bloco carnavalesco Doido é Tu! que funciona desde a sua criação, em 2007, até os dias atuais, sob gestão de uma Organização Não-Governamental (ONG), chamada Fundação Educacional Silvestre Gomes (Fundesg). Ele é formado por profissionais e pessoas atendidas pela rede de atenção psicossocial da cidade, além de familiares e comunidade. Atualmente, é tetracampeão do desfile carnavalesco da avenida fortalezense Domingos Olímpio, configurando-se como um dispositivo fundamental para a inserção social de usuários da rede pela arte e cultura, como bem destacam Sousa et al. (2022, p. 273): “Na avenida, não há distinção de quem é são e quem é louco, quem é profissional, quem é usuário ou mesmo quem está ali somente por gostar do bloco. É a constatação, em quarenta minutos de desfile, de que outro lugar para a loucura é possível”.

Contudo, resgatamos aqui a informação, trazida no começo desta parte, de que no ano de 2013, com a mudança da gestão na cidade, os artistas inseridos nos CAPS não foram recontratados. Os poucos que conseguiram voltar a atuar nesses serviços, foram terceirizados, havendo uma precarização do trabalho desses profissionais. Nesse novo contexto, o Projeto Arte e Saúde foi desmontado no mesmo ano. Diante disso, um questionamento essencial emerge para nossa pesquisa: que possíveis impactos esse esfacelamento tem produzido na produção de cuidados pela arte nos CAPS?

De todo modo, Amarante e Torre (2017) destacam que experiências como essas, que integram arte, cultura e saúde mental, vêm promovendo rupturas importantes no paradigma psiquiátrico, proporcionando a ampliação dos espaços de cidadania e a inclusão social dos usuários dos serviços de saúde mental. Com isso, arte e cultura têm possibilitado uma maior circulação social desses sujeitos, possibilitando a sua interação e a participação em diversos contextos. Ainda segundo os autores, elas vêm corroborando, assim, com o rompimento de estigmas e preconceitos associados à loucura, apontando efeitos no que tange à transformação social e cultural, tal como visa a reforma psiquiátrica.

Como podemos ver, os encontros entre arte e saúde mental historicamente tem provocado desterritorializações mútuas, fazendo florescer uma gama de possibilidades nessa fronteira. No entanto, na primeira seção, vimos que a reforma psiquiátrica é um processo inacabado que, mesmo com seus avanços incontestáveis, tem mostrado dificuldade em sustentar a clínica diferente que ela propõe, especialmente devido a todo cenário de precarização exposto anteriormente.

Em meio a isso, apesar de sua potência amplamente reconhecida para o processo reformista, as práticas artísticas, assim como outras ações em saúde mental, muitas vezes ficaram restritas às paredes dos serviços de atenção psicossocial, atuando numa perspectiva “estritamente clínica” (Galvanese et al., 2016), institucionalizadas dentro das oficinas e grupos terapêuticos, entre a pressão pela produtividade e a precariedade, sendo utilizadas como adjacentes ao tratamento medicamentoso.

Não queremos dizer, com isso, que as atividades citadas não possuam um grande potencial, como bem discorrem autores como Silva et al. (2022), mas que a restrição exclusiva da arte nesses espaços não explora o seu potencial de propor novas estratégias de atenção que extrapolem os limites físicos e burocráticos dos serviços.

No cenário fortalezense, Liberato e Dimenstein (2013) destacam que, apesar de inovador, a implementação do Projeto Arte e Saúde se deu de maneira truncada. Elas observaram que, mesmo tendo passado pela formação, alguns profissionais da rede ainda trabalhavam com a arte dentro de uma perspectiva bastante restrita, como instrumento terapêutico dentro dos grupos nos CAPS. Além disso, também apontam a existência de problemas em relação às condições de trabalho dos artistas, já que muitos deles, naquela época, foram contratados com carga horária de 20h semanais e ainda tinham que dividir seu tempo entre vários serviços distintos. Com o aumento da demanda por tais atividades, essa

situação ficou ainda mais complicada, produzindo uma cristalização dessas práticas nos serviços.

Dentro dessa perspectiva, é importante perceber que a entrada da arte nos serviços abertos de saúde mental corre também o risco de ser cafetinada (Rolnik, 2018) pela lógica do sistema, limitando-se a uma função recreativa, técnica ou produtiva. Por esta razão que diversos filósofos da diferença, sobretudo Foucault, Deleuze e Guattari, nos sensibilizam a estar sempre atentos ao perigo iminente da captura de movimentos instituintes e criadores pelos movimentos instituídos e conservadores.

Além disso, convém apontar que existem vários modos de entender a arte no âmbito da saúde mental, o que indica “algumas divergências das propostas das oficinas terapêuticas com o que realmente deveria acontecer na prática e também sobre as potencialidades da arte a serem exploradas nesse contexto” (Moro & Guazina, 2016, p. 39). Tendo em vista isso, podemos nos questionar que perigos a arte tem experienciado, especialmente nesse momento de crise, e se ela tem sido pensada dentro do plano de produção de vida e subjetividades, como estratégia antimanicomial e desinstitucionalizante nos equipamentos de atenção psicossocial.

Sabemos, inclusive, que o próprio mundo da arte tem se modificado com o jogo neoliberal, onde ela é vista dentro de uma perspectiva consumista, mercadológica e instrumentalizada. Rolnik (2018, p. 94) aponta que, no regime atual, a arte se tornou um campo cobiçado, uma nova fronteira para a acumulação de capital, especialmente com objetivo micropolítico de neutralizar suas forças criadora e transfiguradora⁹, “reduzindo-as ao

⁹ Não por acaso que uma das primeiras iniciativas do governo Temer foi a tentativa de extinção da pasta da cultura. Temos também, logo no início do seu mandato, da extinção do Ministério da Cultura (MinC) pelo governo Bolsonaro e, em 2020, o discurso do até então secretário nacional da Cultura, Roberto Rego Pinheiro, no qual usou frases semelhantes às usadas por um ministro da Alemanha durante o governo nazista. O secretário, assim como o ministro de Hitler, que havia afirmado, em meados do século XX, que a “arte alemã da próxima década será heroica” e “imperativa”, afirmou que a “arte brasileira da próxima década será heroica e imperativa”.

mero exercício da criatividade, dissociada de sua função ética de dar corpo ao que a vida anuncia”, ou ainda como passaporte para acessar as elites neoliberais. “No lugar da criação do novo, o que se produz (criativa e compulsivamente) são "novidades", as quais multiplicam as oportunidades para os investimentos de capital e excitam a vontade de consumo” (Rolnik, 2018, p. 114).

É assim que, segundo a autora, a potência de criação vai sendo desviada em direção a de criatividade, tornando cada vez mais difícil pensá-la dentro de uma perspectiva ético-estético-clínico-política. Com a diferença no mundo sendo cada vez mais rechaçada pelos conservadorismos da nossa sociedade e entregue ao capital, a arte corre o risco de se tornar cada vez mais voltada a se restringir ao paradigma cultural dominante, afirmando os padrões normativos não só de consumo, mas também classistas, racistas, homofóbicos, machistas, transfóbicos.

No entanto, sabemos que estar inserido nos equipamentos de atenção psicossocial é encontrar-se num cenário de disputa entre forças instituídas, fixadas pelo trabalho morto, e outras instituintes que operam no trabalho vivo em ato, que se encontram nos processos imaginários e desejantes (Malta & Merhy, 2003). Desse modo, há sempre movimentos de captura, mas também de insurgências, operando na micropolítica do trabalho em saúde mental. E por assim dizer, a arte também resiste. E por resistência não queremos dizer que ela se endurece e mantém-se imutável, mas que também passa a criar arranjos que apontam para táticas de subversão ao instituído.

Durante a pandemia, mesmo com os processos ambulatorização do serviço acontecendo, ruptura de contatos sociais e com a descontinuidade de muitas atividades, o grupo artístico-terapêutico que colaboramos, mesmo à distância, possibilitou encontros sensíveis entre as pessoas que constituem o serviço, trabalhando na manutenção do vínculo dos usuários com o equipamento e das relações efetivas, haja vista a inviabilidade de

circulação e aglomeração dos serviços substitutivos e na cidade. A arte reinventou-se e mostrou sua potência na produção de cuidados, mesmo em um contexto muito propício para tornar o cuidado sinônimo de medicalização.

Com isso, precisamos considerar, em consonância com Tavares (2003), que os sentidos atribuídos até então não esgotam os sentidos ainda possíveis para o encontro entre arte e a saúde mental.

A produção de cuidados através da arte

Diante da complexidade das relações entre arte e saúde mental e da amplitude de seus sentidos possíveis, acreditamos ser importante demarcar, para quem lê, a nossa concepção de cuidado pela arte e, dentro disso, a sua potência para o processo da reforma psiquiátrica, tal como a descrevemos na seção um.

Neste trabalho, buscamos nos afastar de uma noção de arte como pura e simples representação da realidade, assim como da sua redução ao “belo”. Igualmente, não a restringimos a uma perspectiva simplesmente criativa, comercial ou instrumentalizada. A arte que trazemos aqui tem como finalidade, se é que podemos atribuir-lhe uma, a inventividade. De fato, trata-se de uma potência de criação que está aberta ao novo, a aquilo que foge e rompe com o esperado e o pronto.

Nesse sentido, ela pouco tem a ver com a memória ou a lembrança. A arte não comemora um passado, e sim um amanhã, de modo que o artista é antes de tudo um visionário, um vidente (Deleuze & Guattari, 2011). A arte é, pois, “um bloco de sensações presentes que conservam por si mesmas, pois sustentam-se sozinhas. O ato do monumento, portanto, não é memória, mas a fabulação” (Deleuze & Guattari, 2010, p. 218).

Mas o que seria a “fabulação”? Fabular, de acordo com Brito e Costa (2020), é um processo de se abrir os encontros, deixando-se afetar pelas forças que nos atravessam

rotineiramente e nos desorganizam, arrastando-nos para outros lugares. É tornar o corpo uma passagem, de tal maneira que a vida possa se abrir em multiplicidades. É, desse modo, reencontrar o elo entre a vida e a ficção (Deleuze, 2011).

Dentro dessa perspectiva, apostamos na arte como um campo de produção subjetiva onde são disparadas linhas de diferenciação, catalisando e intensificando a criação de modos singulares de viver, seja em quem a produz ou em quem a contempla. Com efeito, ela se volta contra aquilo que visa estratificar o sujeito, desmontando o corpo anestesiado do cotidiano para dar passagem à experiência de outros fluxos de afetos, desejos e percepções, mantendo-o, desse modo, aberto a novas conexões e possibilidades de ser.

Conforme nos situa Guattari (1992, p. 31), nesta experiência sensível, é possível encontrar em operação uma catálise poético-existencial, em que “sua eficácia reside essencialmente em sua capacidade de promover rupturas ativas, processuais, no interior de tecidos significacionais e denotativos semioticamente estruturados, a partir dos quais ela colocará em funcionamento uma subjetividade da emergência”.

Quanto a isso, Rolnik (2015) nos lembra de que a arte é um território privilegiado de enfrentamento do trágico, já que o modo de subjetivação artista possibilita uma escuta das diferenças intensivas que vibram no corpo e uma entrega às exigências da criação, mesmo diante da agonia provocada pela morte do atual eu. Ao nosso ver, tal ação é particularmente subversiva em um mundo onde as pessoas se encontram cada vez mais asfixiadas e lacradas para as trocas com o mundo, principalmente com aquilo que difere e causa desconforto.

Nesse sentido, a experiência artística se torna vetor de produção de sensibilidades mais abertas à vida, a despeito das mudanças, das transformações. Ela possibilita, de certa forma, que seja possível encontrar prazer no estranhamento. Nietzsche já afirmava que arte carrega essa potência de livrar-nos do aspecto cruel da existência, confrontando a dor e o sofrimento para transmutá-los em algo positivo (Dias, 2015). Dentro da sua visão estética, a

vida é compreendida como vontade criadora, encontrando-se totalmente entrelaçada com a arte (Dias, 2004).

Com isso, entendemos que a arte pode se configurar como forma de resistência às sobrecodificações que aprisionam o sujeito, ajudando-o a fabricar outras formas de se relacionar com a sua existência. Ela surge, assim, como uma possibilidade de liberar as nossas potências aprisionadas, fazendo “germinar mil novos mundos e devires” (Fonseca, 2005). Segundo Guattari (1992, p. 135), apesar de ser evidente que a arte não detém o monopólio da criação, ela “leva ao ponto extremo uma capacidade de invenção de coordenadas mutantes, de engendramento de qualidades de ser inéditas, jamais vistas, jamais pensadas”.

É nesses fluxos inventivos que podemos extrair a possibilidade de pensar e sentir diferentemente para além dos ditames das classificações, normatizações, binarismos, hierarquizações e outros limitadores de alcance que nos enclausuram e nos mantêm afastados do diferente. A arte que defendemos aqui, portanto, é marcada por fluxos não só estéticos, mas também éticos e políticos.

Por outro lado, entendemos que a clínica psicossocial, em consonância com a reforma psiquiátrica, se aproxima muito mais de um movimento de invenção da existência do que propriamente um fazer que busca suprimir sintomas, adaptar ou “curar” os sujeitos. Nesse sentido, como vimos na primeira seção, ela requer que as questões da vida estejam acima das questões da doença, voltando-se para a retomada de direitos, de desejos, de modos de ser e estar no mundo, de relações das pessoas em sofrimento psíquico.

Por este motivo, é importante desenvolver, no cotidiano dos serviços de saúde mental, práticas de cuidado desinstitucionalizantes que coloquem a doença “entre parênteses” (Basaglia, 2005) e que sejam pautadas em processos de singularização, em que se cria um lugar subjetivo de forma não serial ou massificada (Guattari & Rolnik, 1996). Ou seja, modos

de cuidar que possam romper com os manicômios mentais (Pelbart, 1990) e produzir subjetividades com autonomia em relação ao regime colonial-capitalístico. É uma clínica que, portanto, entende o sujeito como artista de sua própria existência.

É possível afirmar, então, que a mudança paradigmática proposta pela reforma psiquiátrica brasileira anuncia uma maneira de operar em processos de singularização que se aproxima da dimensão artística, onde as práticas de cuidado se configuram como vetores de criação de territórios existenciais desejanter e potentes.

Não se trata aqui, em absoluto, de “arte terapia”, mas, ao contrário, do que poderíamos denominar de “terapia arte”, de entender que a prática clínica deve ser feita como uma prática artística, ou seja, de forma sempre experimental, apelando à transformação da sensibilidade e da representação, inventando em cada caso os protocolos necessários que permitem renomear, sentir e perceber o mundo (Preciado, 2018b, p. 14).

Neste horizonte, a nosso ver, arte e clínica psicossocial se entrelaçam para produzir vida, instaurando processos de criação de si, de seus próprios sistemas de referências, sempre na busca por processos de vivências singulares e de rupturas com lugares pré-estabelecidos que aprisionam o corpo, tais como o lugar estigmatizado socialmente para a loucura, mas também no que diz respeito aos outros marcadores que constituem o sujeito, como raça, gênero e classe. A clínica, nesta nova configuração, não está voltada, portanto, para a remissão de sintomas, mas para a promoção de processos de criação e de vida, podendo com isso comportar uma outra saúde, além e aquém da vigente, no sentido clarkiano de capacidade criadora (Rolnik, 2006).

No âmbito da saúde mental, a arte pode se apresentar, portanto, como descolada do nexo prático-utilitário para se afirmar como um dispositivo que torna possível a produção de estados de saúde poética, abrindo zonas de passagem no corpo e arrastando o sujeito para a

produção de modos de vida fora da redoma instituída pelos poderes, possibilitando, assim, que ele possa reinventar-se e trilhar a busca por formas mais inventivas e potentes de existir no mundo.

Tal perspectiva pode se materializar em uma contestação aos modos de existência e de produção de saúde coloniais, neoliberais e manicomiais forjados no contemporâneo, de modo que o usuário passe a entender os serviços de atenção psicossocial como espaços de variação e singularização, e não de adaptação.

Nesse sentido, a arte produz cuidados ao abrir um campo de resistência no próprio plano da produção de subjetividades para “imensas possibilidades de desvio e de reapropriação” (Guattari & Rolnik, 1996, p.53), sendo essa a possibilidade de reenviar a subjetividade ao seu contato imediato com o devir, com a vida em sua essência germinativa, quebrando com normatividades e confinamentos identitários.

A partir disso, é possível pensar que a arte pode produzir cuidados ao se colocar como uma prática de re-existência, em que se “objetiva incentivar e apoiar a construção desse sujeito capacitado perante a realidade e suas relações produzidas no sistema moderno-colonial, com a proposição de práticas e discursos próprios e mobilizadores” (Voss & Peloso, 2021, p. 59). Se coloca, assim, enquanto dispositivo de reconstrução da postura do sujeito perante o seu lugar no mundo, o que inclui o perceber criticamente a si mesmo e às suas relações no mundo, sendo isto uma das ferramentas de enfrentamento da colonialidade do ser (Voss & Peloso, 2021).

Assim, o cuidado através arte pode se dar em um movimento de não se deixar ser “coisificado” pelo regime atual, recriando com autonomia outras formas de ser e estar no mundo que escapem das persistentes tramas coloniais que adoecem o sujeito. Para bell hooks (1995), a arte seria precisamente um modo de descolonizar a mente e a imaginação, uma forma de preservação de si e, por isso mesmo, essencial para qualquer prática de liberdade.

Ela afirma que a arte tem a primazia de ser um espaço de produção cultural em que podemos encontrar o mais profundo entendimento do que significa ser livre.

Isso parece ser uma pista muito importante para o campo da saúde mental, se pensarmos em diálogo com as marcas da diferença e interseccionalidades que atravessam os corpos dos usuários dos serviços de atenção psicossocial. Em um sistema de saúde que atende em sua maioria pessoas negras e pobres, fica evidente a necessidade de se desenvolver e implementar práticas decoloniais de cuidado com os usuários, como uma resposta política necessária para a emancipação e potencialização dessas vidas, principalmente em meio às políticas bio-necropolíticas que trabalham com afincos para controlar os corpos e produzir a morte (simbólica, cultural, desejante, material) desses sujeitos.

Seguindo essa lógica, se pensarmos o cuidado também dentro de uma dimensão ético-estética, como defendido anteriormente, surge o papel de criar caminhos possíveis que favoreçam a essas pessoas não só a expressão, mas a experimentação de deslocamentos de processos de subjetivação mortificantes e de transformação da própria vida em uma obra de arte, a partir da criação de espaços de re-existência. Pois como Deleuze (1999, p. 13) já dizia: “a arte é a única coisa que resiste à morte”.

Em um mundo que tende a expandir cada vez mais a zona “estéril e árida” (Fanon, 2008, p. 26) do não ser para outros marcadores, criar espaços onde seja possível afirmar os modos de ser, estar, sentir e existir desses sujeitos nos parece ser uma estratégia importante, o que envolve inclusive permitir que estes vivam os conflitos existenciais que os fazem humanos, algo que historicamente é negado para os povos racializados (Faustino, 2015). Trata-se de tornar possível, novamente, que eles experimentem e confrontem poeticamente o trágico, assim como seus saberes e afetos, sem serem patologizados, dopados, aprisionados, retirados do convívio, sendo a criação de condições para expor-se ao mal-estar provocado

pelo trágico justamente a ética fundamental que atravessa tanto o campo da arte como o da clínica (Rolnik, 2015).

Ademais, temos pensado também que podemos cuidar com arte não só por um resgate da fabricação de si, mas por possibilitar um respiro diante do estrangulamento causado pela realidade pública brasileira. Dentro de um cenário marcado pelo aumento da desigualdade, por um mundo pós-pandêmico com muitos efeitos ainda desconhecidos, por eminentes tensões bélicas internas e externas, notadamente vivemos uma barreira imaginária que mortifica nosso desejo e nos conduz a um pessimismo compartilhado.

Afinal, qual futuro nos espera? Lembramo-nos, nesse momento, da fórmula deleuziana "um pouco de possível, senão eu sufoco" (Deleuze, 2008, p.246). Por estamos todos submetidos a uma anestesia existencial, rodeados de afetos tristes, talvez precisemos mais do que nunca da arte, para que tenhamos a chance de ultrapassar esse baixo estado de intensidade que vivenciamos, essa existência em meio a tantas promessas apocalípticas. Necessitamos desesperadamente nos libertar criativamente e vislumbrar um futuro fora de nossas angústias do presente. E essa é também a função fabuladora das práticas artísticas: há sempre um apelo a um futuro outro, que seja vivível e habitável.

Enquanto o hoje traz o horror, a arte pode fabular e inventar outras realidades. A fabulação, pois, nos traz essa possibilidade de criar linhas de fugas inventivas, criando frestas para o encantamento (Simas & Rufino, 2020). É uma faculdade voltada, como dissemos no início dessa parte, para o futuro, para a criação de novas e potentes paisagens sem as quais dificilmente poderíamos sobreviver ao presente. Defendemos, portanto, que perante a vampirizante configuração da realidade, é preciso fabular, criar possíveis, outros modos de sentir a vida, que esgarcem os ditames desencantados, secos e endurecidos, de uma sociedade colonial-capitalística. Para Mbembe (2018b, p. 299), uma das funções da arte, assim como da

religião, é “justamente preservar a esperança de sair do mundo como foi e tal como é, de renascer para a vida e de renovar a festa”.

Vejamos o movimento afrofuturista, em que criações artísticas, por meio da ficção científica, inventam futuros possíveis para negritude. É o fabular apesar de tudo, não como um mero escape, mas na perspectiva produzir conspirações cotidianas, nem que pareçam pequenas, quando na verdade “toda fabulação é fabricação de gigantes” (Deleuze & Guattari, 2010, p. 223). Seguindo essas mesmas trilhas, no pensamento mbembiano, a arte pode ser entendida como uma estratégia política e profanatória de uma vida que, mesmo reduzida ao extermínio, não cessa de reinventar-se:

Eis por que, quer se tratasse da escultura, da música, da dança, da literatura oral ou do culto das divindades, sempre se tratou de despertar potências adormecidas, de renovar a festa, esse canal privilegiado da ambivalência, esse teatro provisório do luxo, do acaso, do dispêndio, da atividade sexual, e metáfora de uma história por vir. Nunca houve, pois, nada de tradicional nessa arte, ainda mais porque sempre foi disposta de forma que manifestasse a extraordinária fragilidade da ordem social. Uma arte, portanto, que nunca deixou de reinventar os mitos, de contornar a tradição, de miná-la no próprio ato que parecia instituí-la e ratificá-la. Sempre se tratou de uma arte por excelência do sacrilégio, do sacrifício e do dispêndio, que multiplica os novos fetiches com vistas a uma desconstrução generalizada da existência – justamente pela via do jogo, do lazer, do espetáculo e do princípio da metamorfose (Mbembe, 2018b, p. 300-301).

Krenak (2020b, p. 4), também, compartilha uma perspectiva da arte que a coloca não como um lugar de consumo, mas como uma possibilidade de as pessoas criarem mundos, onde a existência se faça possível. Com ele, podemos pensar na arte como técnica “para adiar o fim do mundo”, porque, “se nós estamos vivendo esse tempo de total imprecisão até no

sentido da experiência de viver, a arte se constitui no lugar mais potente e mais provável de se constituírem novas respostas e novas perguntas para o mundo que nós vamos ter que dar conta daqui pra frente”.

Lembramos que o discurso do "fim do mundo" se torna uma mercadoria no capitalismo contemporâneo (Krenak, 2019), principalmente durante e após a pandemia, em que até mesmo o amanhã é comercializado e utilizado como suporte para sustentar a guerra contra aqueles que supostamente estariam levando o mundo a decadência: as “ideologias de gênero”, os “comunistas”, entre outros. O futuro nesse sentido é também um local de disputa. E sempre o foi para aqueles corpos que o porvir sempre foi algo negado, como as pessoas trans e travestis (Mombaça, 2021).

Por essa razão, nos inspiramos nas proposições travestis de abigail Leal (2021), Dodi Leal (2021) e Jota Mombaça (2021) para pensar em um processo de cuidado pela arte que esteja menos em pensar o futuro como “fim dos tempos”, mas em projetá-lo como fim da empresa colonial, como fim do “mundo como o conhecemos” (Mombaça, 2021) e, dentro disso, dos manicômios que pulsam em nós e se alastram em nossa sociedade, aprisionando as diferenças. Nesse sentido, não basta a produção de um cuidado voltado para o rompimento com parâmetros normativos de existência, mas que contribua para efetivas rupturas com o mundo colonial (Leal, Dodi, 2021). Assim, a arte pode se colocar, também, como uma importante estratégia de luta coletiva.

Por fim, ao retornarmos ao assunto das experiências artísticas possibilitarem um cuidado que expande os horizontes da clínica e vai além dos estabelecimentos de saúde, lembramos que a arte também potencializa as circulações, as travessias, os encontros, os contatos diversos. Ela catalisa o vínculo com a comunidade e com o território, tornando-o um espaço de convivência. E, como vimos, o processo de produção de saúde não está desvinculado do contato com o outro, da possibilidade de afetar e ser afetado, da criação de

territórios existenciais, sendo tais espaços constituídos na relação com o fora, e não um processo de individualização.

Cuidar com arte, então, é também possibilitar que os usuários transitem livremente na cidade e construam relações, especialmente quando muitos deles são impossibilitados de ocupar e usufruir de certos espaços. Dentro de uma perspectiva desinstitucionalizante, é justamente provocar fissuras nas dinâmicas urbanas e territoriais, permitindo a reinserção social e comunitária. Tudo isso diz respeito a uma mudança na forma de estar e conviver com a diferença.

Cumprido, então, investigar, através das perspectivas de usuários e profissionais, o que tem sido realmente possível para o cuidado através da arte no contexto atual da reforma psiquiátrica. Mas antes disso, iremos apresentar, na próxima seção, os caminhos metodológicos percorridos na pesquisa, assim como nosso cenário de estudo e participantes.

Pesquisando em (contra)reforma

Assim o mais profundo pensamento é um coração batendo (Lispector, 1998a, p. 31)

Tipo de pesquisa

Na caminhada para alcançar os objetivos desta pesquisa, encontramos abrigo em uma abordagem qualitativa amparada na pesquisa-intervenção cartográfica (Passos et al., 2015; Passos et al., 2014). Tal escolha se relaciona com o nosso interesse pela construção de um campo de análise que forneça a visibilidade das forças, tensões e relações estabelecidas com os cuidados fornecidos por meio das atividades de base artística na atenção psicossocial no contemporâneo da reforma psiquiátrica brasileira, auxiliando-nos a pensar o que se coloca como possível para esse dispositivo no contexto posto.

Optando por seguir os rumos do método cartográfico, procuramos nos afastar de uma busca pela representação do objeto da pesquisa, partindo em direção a um traçado da rede de forças a qual este se encontra conectado, na tentativa de dar conta de suas modulações e de seu movimento permanente (Barros & Kastrup, 2015). A cartografia vem nos auxiliar, portanto, na identificação da trama que acompanha o cuidado pela arte no campo escolhido, seus desvios, tensões, composições, decomposições. Romagnoli (2014) reforça ser fundamental tornar visível essa organização, pois nos leva a entender como esse arranjo endurece ou produz vida.

Para tal fim, esse procedimento de pesquisa nos convidou a acompanhar os processos do próprio percurso da investigação. Na perspectiva de Barros e Kastrup (2015), acompanhar processos, fazendo uso da observação participante, se constitui como uma das pistas centrais do método cartográfico, de tal modo que há uma aposta na habitação de um território existencial que, neste caso, é um CAPS Geral localizado na cidade de Fortaleza, no Ceará.

Com isso, implicamo-nos em um campo sensível, deixando rastros na realidade estudada, ao passo que também fomos marcadas por ela. Logo, buscamos adotar uma postura de contágio com o equipamento escolhido, constituindo-nos como personagens que compõem suas paisagens para assim aprender *com* e *entre* aqueles que lá circulam, a saber, profissionais e usuários do serviço.

Seguindo este método, rompemos com enfoques tradicionais de pesquisa ao propor uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social, radicalizando a ideia de interferência na relação sujeito-objeto pesquisado, considerando que essa interferência se configura como parte do próprio processo de investigação, e não como algo a ser superado (Passos & Barros, 2015). De forma ainda mais radical, buscamos nos utilizar do "corpo como instrumento de coleta de dados, abrindo-o às afetações das mais distintas espécies" (Hur, 2021, p. 282), na tentativa de rastrear e mapear os devires, afetos e intensidades do nosso encontro com o território.

Evidentemente, conspirar uma pesquisa nesse caminho exigiu de nós uma modificação no modo de pensar e criar um problema, desviando-se dos rumos seguidos atualmente na produção de conhecimento, que coloca a ciência como representação de verdades universais, com pretensões de neutralidade, impessoalidade e objetividade. Algo que nos foi particularmente difícil dado a nossa anterior aproximação com outra tradição de pesquisa.

Diferentemente, a cartografia nos convoca a traçar um campo problemático cuja resolução seja, acima de tudo, inventiva e não representativa (Amador & Fonseca, 2009). Portanto, ela nos lança à invenção e criação de outros mundos e sentidos possíveis, a partir de uma aposta no encontro com os acontecimentos e na circulação dos afetos, em que tanto nós, aprendizes-cartógrafas (Scherer & Crisci, 2022), quanto os participantes transformam-se no decorrer da pesquisa.

Por esta razão, entendemos que a cartografia não se mantém refém de uma premissa e não cede ao magnetismo das respostas para problemas pré-definidos, pois entende que o problematizar deve estar aberto à experiência do encontro com o objeto da pesquisa. Ou seja, ela nos convoca a levar em conta o inesperado, o que pode significar alterar prioridades e eventualmente redesenhar o próprio problema (Passos et al., 2015), como foi mostrado logo na introdução desta dissertação.

Nesse processo, foi preciso estar sensível às vibrações do próprio caminho de investigação para produzir um conhecimento que estivesse atento às nuances do objeto da pesquisa, sendo este o cuidado pela arte. Inspiradas na cartografia, mergulhamos no território e nas suas intensidades, no enalço de “dar língua aos afetos que pedem passagem” (Rolnik, 2006, p. 2).

Com isso, vislumbramos que o corpo é efetivamente algo muito importante para a pesquisa cartográfica, pois é ele quem irá sentir as forças que forçam o pensamento, lançando-nos a uma de zona de criação ou reformulação de problemas (Brito & Chaves, 2020). Novamente, como vimos na introdução deste trabalho, foi precisamente essa postura de abertura implicada com campo que nos possibilitou reformular os rumos dessa pesquisa.

No mais, a cartografia, configurada dentro de uma perspectiva rizomática¹⁰, que possibilita acolher diversos referenciais teórico-metodológicos, abre caminho para uma espécie de bricolagem com outros métodos. No caso desta pesquisa, elegemos a análise institucional francesa como uma companheira do percurso, de modo que buscamos sustentar ações institucionais que aspirassem mudanças efetivas na realidade estudada, que não se

¹⁰ Rizoma é um conceito filosófico de Deleuze e Guattari (2011) que nos convida a entender e experimentar a realidade como composta de linhas, conexões, heterogeneidades e multiplicidades. Ele enfatiza a natureza não linear, fluida e interconectada das relações, rompendo com a ideia de uma organização fixa e hierarquizada: “Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo “ser”, mas o rizoma tem como tecido a conjunção ‘e... e... e...’” (p. 37).

conformassem com os poderes que são estabelecidos no território no que diz respeito ao trabalho com arte.

Segundo Ribas (2022), a análise institucional surge justamente do comprometimento com a transformação de nossos contextos, em busca de reparar opressões construídas historicamente. “Seu objetivo é trabalhar em favor de uma análise militante que possa lutar contra os diversos silenciamentos produzidos nas diversas práticas sociais” (Ribas, 2022, p. 520). Uma de suas possibilidades políticas é a de intervir naquilo que se encontra cristalizado no território, no sentido de provocar ou manter vivas as forças instituintes, as quais funcionam como motores de transformação.

Desse modo, o institucionalismo “é realizado em conjunto com a população pesquisada, visando à modificação processual do objeto de pesquisa, por meio de intervenções no dia a dia dos estabelecimentos” (Romagnoli, 2014, p. 45). Inspiradas neste procedimento, buscamos compreender, a partir dos discursos e práticas dos usuários e profissionais, a dinâmica organizacional da instituição que nos inserimos, trazendo à tona as dimensões instituídas e instituintes que perpassam o trabalho com arte no contexto proposto e que se configuram como dois polos em constante tensão dialética.

Para Lourau (2004), interrogar-se sobre os movimentos cristalizados ou instituídos nos campos de investigação se configura como um movimento indispensável na análise institucional, uma vez que estes transmitem um caráter estático à instituição que deve ser rompida a partir de intervenções. Para além disso, o autor entende que toda instituição também possui movimentos instituintes que devem ser localizados por carregarem um potencial de invenção e transformação, disseminando uma característica mutável e dinâmica ao campo.

Com base no que foi exposto, os caminhos metodológicos desta dissertação foram traçados em tessitura cotidiana, pelas experiências vividas no encontro com o campo, onde as

trajetórias encontravam-se em produção implicada no processo. Ao mergulharmos no território escolhido, assumimos a angustiante tarefa de nos atirar sem nos prender em previsões. Esse movimento, nada fácil, relaciona-se com o sentido da cartografia de acompanhar as processualidades com a condição vibrátil do corpo (Rolnik, 2018), permitindo-nos integrar o campo e acompanhar os sujeitos de dentro da experiência, de modo a acessar acontecimentos que de outra forma passariam despercebidos.

E assim, a fim de nos engajar com o campo estudado, após passar por todas as etapas para obter autorização para realizar a pesquisa, solicitamos permissão para nos apresentar e explicar a proposta da pesquisa na reunião de equipe, que ocorre semanalmente, alternando entre os turnos da manhã e da tarde. Este pedido foi feito a uma funcionária do administrativo que, naquele momento, substituía a coordenadora do serviço, que estava de férias e só voltaria na semana seguinte.

Nesse momento, somos informadas que talvez não houvesse espaço para a reunião ocorrer, pois o serviço estava em reforma, algo que já sabíamos de antemão devido a outras parcerias construídas. Contudo, depois de algum tempo aguardando, recebemos a confirmação de que poderíamos comparecer ao equipamento. E assim o fizemos.

Nessa primeira ida a campo, em setembro de 2023, a reunião da semana em questão ocorreu no período da tarde, no horário usual das 14h às 16h. Durante esses momentos, as atividades no serviço são cessadas, ficando disponível somente para eventuais intercorrências. Por isso, quando chegamos, um pouco mais cedo que o combinado, havia poucas pessoas na unidade. Aproveitamos esse momento para dar uma volta no equipamento e conferir o andamento da reforma.

Todavia, não havia muito para onde ir, pois cerca de metade da estrutura da instituição estava barrada pelas obras, inclusive, quase todas as salas de atendimento onde acontecem as atividades grupais. Na reunião, iríamos ser informadas que no local somente

estava em funcionamento o Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), a coordenação, a sala de enfermagem¹¹, a farmácia de alto custo e a psiquiatria, bem como os atendimentos iniciais e acolhimentos de rotina, os quais se revezavam entre algumas poucas salas disponíveis para serem realizadas.

As outras atividades, incluídas aqui as artísticas, estavam espalhadas em outras instituições de saúde, bem como em um espaço religioso e uma ONG. Nesse momento, percebemos que estávamos diante de um grande desafio: o de realizar uma cartografia em um campo fragmentado, com atividades e profissionais espalhados em diferentes equipamentos.

Devido a esse contexto, dentre os múltiplos sentimentos que nos invadiram, o medo e a insegurança inicialmente estavam presentes, no sentido de não conseguirmos realizar as intervenções propostas. Ao mesmo tempo, a alegria e o entusiasmo da nossa tão desejada entrada em campo era algo que nos instigava: que movimentos seriam esses e a quais linhas de forças e produção de subjetividades esse cenário nos levaria?

Mas esse não seria o nosso único obstáculo. Ali mesmo, na sala de espera, um usuário nos reconheceu de parcerias anteriores. Esse encontro inesperado nos deu a oportunidade de nos atualizar em relação ao funcionamento do CAPS. E não somente neste, mas em muitos outros momentos, seja nas reuniões de equipe, em conversas informais, durante os grupos, na escuta dos ruídos e nas observações cotidianas, tivemos o suporte necessário para compor o quadro que dispomos a seguir.

Cenário do Estudo

Apresentamos aqui o CAPS Geral escolhido, preservando a sua identificação, a partir de nossa entrada neste campo, ou pelo menos de nossa autorização formal para tal. Durante

¹¹ Segundo informação que nos foi fornecida, a sala de enfermagem é uma das atividades do serviço de enfermagem, que diz respeito aos procedimentos de administração medicamentosa, aferição de sinais vitais, supervisão do uso de medicamentos (monitorados), bem como cuidados gerais de enfermagem, conforme prescrição de enfermagem ou protocolo do serviço.

esse processo, em diversos momentos chegamos a nos questionar onde pousar nossa atenção, dado que estávamos expostas a inúmeros elementos que pareciam convocá-la a todo momento. Para manter uma abertura aos encontros sem perder o foco do estudo, buscamos apoio em uma outra pista da cartografia, que nos convida a corporificar uma atenção sensível e calibrada, evitando tanto o relaxamento passivo como a rigidez controlada (Kastrup, 2019). Este exercício atencional se constituiu como uma tarefa desafiadora para nós.

O CAPS no qual ocorreu a pesquisa foi um dos primeiros equipamentos desse tipo a serem implementados na cidade de Fortaleza, assumindo a responsabilidade inicial de abranger vinte e seis bairros e, ainda, de oferecer suas instalações para treinamentos de estudantes de graduação de cursos de saúde de algumas Instituições de Ensino Superior (IES) da região (Costa, 2016).

Desde 1997, a cidade de Fortaleza está dividida administrativamente em Secretarias Executivas Regionais (SER), que compõem a Secretaria Municipal da Gestão Regional, passando de sete para doze regionais em 2021. Com essa mudança, a regional na qual se localiza o CAPS escolhido, que antes era configurada por dezenove bairros, passou a abranger treze, com população aproximada de 220 mil habitantes, segundo site da prefeitura. A rede de saúde, de acordo com a coordenadora do CAPS, é formada por treze unidades de atendimento básico, além de um CAPS AD.

Contudo, apesar da mudança na quantidade de bairros que compõem a regional em questão, o serviço continua a atender os mesmos dezenove bairros. Válido pontuar, pois, que nessa nova divisão nem todas as regionais do município possuem um serviço especializado de saúde mental. Por esta razão, a unidade é responsável por muitos bairros, alguns bem distantes deste equipamento, o que dificulta o acesso mais recorrente de alguns usuários, como veremos.

Atualmente, o CAPS conta com uma média de 3.500 usuários cadastrados em seu prontuário eletrônico, segundo informação que nos foi fornecida, sendo esse o meio que a equipe considera um usuário vinculado ao serviço. No entanto, também nos foi relatado que existem prontuários manuais, que podem chegar a uma faixa de 12.000 unidades. Desses, há usuários que têm tanto o prontuário manual como o eletrônico, assim como aqueles que só possuem o manual, mas que ainda não foram cadastrados no meio eletrônico. Desse modo, o CAPS possui em média 3.500 vinculados, mas esse número pode ser bem maior, já que existem prontuários que a equipe ainda não conseguiu fazer a vinculação. Porém, pontua-se que esse quantitativo também não é 15.500, uma vez que entre os prontuários manuais têm casos óbito, abandono e usuários inativos.

Como pode-se perceber, não tivemos como saber exatamente a quantidade de pessoas cadastradas no CAPS. A informação que nos foi repassada é que a equipe vem conseguindo aos poucos, em meio a muitas atividades, fazer uma “força-tarefa” para analisar os prontuários manuais e cadastrá-los no meio eletrônico, que foi aderido há mais ou menos cinco anos.

De modo geral, encontrar dados recentes sobre a rede de saúde mental de Fortaleza e outras informações pertinentes para a pesquisa foi um grande desafio, o que consideramos um analisador pertinente. Boa parte do conteúdo trazido foi costurado com a ajuda dos participantes, principalmente da coordenadora, que era sempre muito prestativa em dar esse suporte.

A equipe atual é composta, além da coordenadora, por: três auxiliares administrativos, três técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros, uma artista, duas terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos, três assistentes sociais, dois médicos, dois farmacêuticos, dois técnicos em farmácia, dois guardas municipais, um porteiro, um auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira, duas recepcionistas e um administrador. Desses, nem todos possuem jornada de

trabalho de quarenta horas semanais, alguns deles atuando com contratação de vinte e outros trinta horas.

Cabe destacar que quando demos início à pesquisa obtivemos, por parte de alguns profissionais e usuários, a informação de que três psiquiatras haviam acabado de se demitir do serviço, restando apenas um. Dentre os principais motivos, estava a remuneração, seja porque o pagamento estava atrasado ou em razão de o valor não ser atrativo o suficiente para tais trabalhadores permanecerem no serviço. Somente na semana seguinte, seria contratado outro profissional da medicina.

Situação semelhante também ocorreu anteriormente, momento em que o serviço ficou bastante tempo funcionando somente com um psiquiatra. A alta rotatividade e carência de profissionais dessa área é um dos grandes problemas enfrentados não só por este equipamento, como também em outros da cidade. Essa questão, como veremos, irá atravessar constantemente a nossa investigação e vivências no campo.

O prédio onde funciona o CAPS é pequeno e uma particularidade do serviço, quando se realizou esta pesquisa, é que ele estava passando por uma reforma, como já informado. A fachada do equipamento estava recentemente pintada, de modo que foram retiradas as artes que antes compunham seus muros, algo que já de cara chamou nossa atenção. Devido às salas de atendimento estarem interditadas, a sala de convivência dos funcionários estava sendo usada temporariamente para atendimentos. A própria sala da coordenação também era usada para tal fim, de modo que algumas consultas eram realizadas no mesmo espaço onde administrativo realizava suas atividades, afetando a privacidade das consultas. Há sempre pessoas bem próximas do portão da coordenação, esperando para falar com a coordenadora ou alguém da administração. Somente nas últimas semanas as salas de atendimento foram liberadas, bem como a cozinha do local.

Iniciadas em junho de 2023, as obras eram para ter sido entregues, no máximo, no início de agosto. Em abril, o prefeito de Fortaleza anunciou um pacote de investimentos para a atenção básica da Rede Municipal de Saúde, o que incluía a reforma de alguns CAPS e a abertura de quatro novos equipamentos desse tipo até o fim de 2024 (Fortaleza, 2023). Até o momento, somente uma unidade foi entregue, voltada para o público infantojuvenil.

Aqui, cabe abrir um parêntese para informar que até o momento desta escrita a RAPS fortalezense conta com dezesseis CAPS, em que seis deles são CAPS Gerais, voltados para atender adultos que estão em sofrimento psíquico severo e persistente; outros três CAPS são Infantojuvenis, específicos para dar assistência a crianças e adolescentes; e os sete restantes são CAPS AD, destinados a pessoas com necessidades decorrentes do uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas.

Destaca-se que tais equipamentos são serviços especializados de saúde mental presentes no SUS. Eles oferecem atendimento universal, gratuito e de porta aberta para a população, conforme os fluxos estabelecidos. O atendimento ocorre por demanda espontânea, ou seja, por comparecimento do usuário direto a esses locais, ou via encaminhamento pela rede de atenção primária ou rede intersetorial, pelos hospitais de urgência e emergência, assim como serviços privados.

De acordo com um cálculo realizado pelo Centro de Defesa da Criança e do Adolescente [CEDECA] (2021), o número de CAPS existentes no município é insuficiente para cobrir a demanda da população fortalezense, encontrando-se em desacordo com a estimativa nacional. Segundo esse órgão, a cidade deveria fornecer trinta e nove equipamentos desse tipo, sendo nove do tipo Geral, vinte AD e dez infantojuvenis.

Apesar da insuficiência, a Prefeitura reduziu em 80,71% o montante destinado para a implantação da rede psicossocial, como mostrado no Projeto de Lei Plurianual (PPA) 2022-2025, lançado ainda em 2021. Esse ajuste fez com que os fundos disponíveis para a ação

sofressem uma redução substancial, de R\$31,1 milhões para R\$6 milhões, indicando um corte de R\$25,1 milhões para o período (Fortaleza, 2021).

Apesar da cobertura insuficiente de CAPS na cidade não ser o único problema existente na RAPS de Fortaleza, tal fato corrobora para a superlotação e sobrecarga de trabalho vivenciado nesses espaços, algo que ficou bastante evidenciado durante o período de inserção no campo, a ser discorrido a próxima seção. No mais, é importante frisar que uma profissional nos relatou que a reforma foi conquistada pelo serviço após muita luta e incansáveis pedidos por melhorias estruturais. De acordo com ela, o ambiente era bastante precarizado, com mofo nas paredes, alagamentos nos períodos de chuva e outras problemáticas. Acreditamos ser importante apontar esse fator para demonstrar as condições que os usuários e profissionais são submetidos no cotidiano desse serviço.

Para além dos CAPS, a rede pública municipal conta com três Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e cinco Unidades de Acolhimento (UA). Fora isso, a Prefeitura dispõe, para apoio à internação de urgência, uma Unidade de Desintoxicação, na Santa Casa de Misericórdia, com doze leitos, além de vinte e cinco leitos infanto-juvenis na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI) e uma parceria com o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, em Messejana, que realiza atendimentos de Urgência e Emergência no Ceará. Não há nenhum CECO na cidade.

Voltando ao CAPS em questão, o serviço funciona como um CAPS Tipo II, que é indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil até 150 mil habitantes. Outras tipologias, definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, são os Caps tipo I e III (esses últimos, com funcionamento 24 horas, sete dias da semana). Atualmente, há dois CAPS AD dessa última tipologia atuando na cidade, mas nenhum CAPS Geral - apesar de constar no CNES que há sim uma unidade Geral com horário de funcionamento “sempre aberto” (mas que também parece, contraditoriamente,

cadastrada como tipo II), o que, entretanto, não está acontecendo na prática. Desse modo, o município encontra-se em desacordo com a normativa nacional (Brasil, 2011), que preconiza a existência desses equipamentos para municípios ou regiões com população acima de duzentos 200 mil habitantes, sugerindo dificuldades assistenciais na atenção especializada às pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente.

Durante nossas andanças, alguns usuários nos relataram que para dar entrada no CAPS é preciso chegar bem antes da abertura do serviço, que acontece às 8h da manhã, para pegar uma das senhas diárias disponíveis para atendimento inicial, três para o turno da manhã e três para o turno da tarde. Ao conseguir uma senha, o sujeito é encaminhado para o que a equipe chama de “acolhimento”, em que um profissional avalia, de acordo com as queixas do sujeito, se é perfil deste serviço.

Caso não for, o sujeito é encaminhado para outro serviço, de acordo com a sua demanda. Se for perfil, é aberto um prontuário e o sujeito torna-se usuário do serviço e, portanto, uma responsabilidade deste, como afirmou um dos profissionais. Após essa avaliação inicial, o novo usuário é encaminhado para as atividades ofertadas pelo serviço de acordo com o seu projeto terapêutico. No mais, além do acolhimento, há os atendimentos de rotina, voltados para aqueles que já são usuários do serviço e estão com alguma demanda, como renovar receitas.

As atividades diárias realizadas distinguem-se em modalidades individuais e grupais, seja de psiquiatria, enfermagem, psicoterapia ou terapia ocupacional, e atividades de visita domiciliar, assistência social e previdenciária, bem como atividades artísticas, que são nosso foco neste estudo.

Quanto às reuniões de equipe, constatamos que nem todos os trabalhadores conseguem estar presentes. Como já informado, neste equipamento, as reuniões acontecem alternativamente uma semana pela manhã e na outra pela tarde, de forma que só comparecem

aqueles profissionais contratados em cada turno. Além disso, devido ao serviço estar espalhado por vários locais no momento da pesquisa, isso dificultava que boa parte da equipe pudesse comparecer. Assim sendo, foi preciso que fôssemos novamente à reunião do período da manhã, que acontece das 8h até às 11h, para nos apresentar para o restante dos profissionais.

A impossibilidade de todos os profissionais poderem participar das reuniões conjuntamente nos aponta uma fragilidade e foi algo que nos preocupou quanto à pesquisa, já que pretendíamos fazer uma intervenção com a equipe. Santos et al. (2017), ao estudarem reuniões de equipe no trabalho de saúde mental, consideram-nas como um espaço estratégico para os trabalhadores organizarem o processo de trabalho, de modo a proporcionar a continuidade e resolutividade do cuidado.

Por assim serem, as reuniões eram um espaço coletivo que mirávamos para realizar uma de nossas propostas. No mais, apesar de termos ido nos apresentar para aqueles que estão pela manhã, ficou pactuado posteriormente com a coordenadora, que as reuniões da tarde eram mais propícias para participação e proposição da intervenção, que será detalhada mais à frente.

Na reunião, com todos na sala, concederam-nos a fala prometida antes de darem início às pautas. Na medida em que fomos apresentando a pesquisa, os membros presentes pareceram se interessar, porém muito mais pelo contexto que abordamos do que especificamente pela questão das práticas de cuidar envolvendo arte. De pronto, começaram a falar sobre a precarização do trabalho e do serviço, bem como da saúde mental da equipe, indicando-nos uma demanda quanto à temática.

No entanto, um deles vai nos ajudando a fazer todos entenderem o que desejávamos investigar, apesar de essas problemáticas também atravessarem a pesquisa. E mesmo assim

eles parecem gostar. Contudo, demonstraram certa preocupação em relação ao curto tempo previsto para permanecer no campo, algo que também compartilhamos.

Alguns trabalhadores, nas conversas que tivemos, ficaram também preocupados com o momento que seria realizada a pesquisa, pois acreditavam que esse era um período de “transição”, onde o equipamento estava funcionando de maneira atípica devido a reforma. No entanto, pelo nosso tempo de experiência com o CAPS, apostamos que a existência da reforma é um contexto importante que, assim como foi a pandemia, ajuda a escancarar muitos dos não ditos que se apresentam hoje para a instituição, para a reforma psiquiátrica e para o cuidado pela arte, principalmente no que diz respeito ao seu lugar em meio a esse cenário.

Participantes da pesquisa

Pensando em alcançar o objetivo do estudo, participaram da pesquisa trabalhadores de diferentes categorias profissionais que compõem a equipe do CAPS, especialmente aqueles que apostam no trabalho com arte, assim como usuários deste serviço. Os usuários foram convidados dentro dos grupos artístico-terapêuticos e nas atividades de salas de espera, englobando também aqueles que não são perpassados pela arte em seus processos de cuidado. Desta maneira, buscamos compor com participantes que possibilitassem a discussão das múltiplas dimensões do objeto da pesquisa.

Ao todo, participaram doze profissionais do serviço e vinte usuários. Todos se dispuseram a colaborar voluntariamente.

Cultivo de dados

Acreditamos ser importante ratificar que, à luz do método cartográfico, os dados de uma pesquisa estão sendo produzidos desde o primeiro contato com o território, podendo haver já nesse momento movimentos e atualizações no processo investigativo. Indo mais

além, se pensarmos junto à análise institucional, uma investigação se inicia desde as negociações que darão acesso ao campo, indo além da autorização formal (Lapassade, 2005).

Dentro disso, assim como o campo problemático, o próprio procedimento de cultivo de dados nesta pesquisa, como indica a cartografia, não foi realizado de modo fechado e, sim, de maneira movente diante dos acontecimentos que se deram ao longo do processo. Cremos que ao abandonarmos a noção de um método único e inflexível, abrimos espaço para a invenção, bem como para os erros e dificuldades que fazem parte de todo processo de produção de conhecimento. “A cartografia, diferentemente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações”, explica Rolnik (2006, p. 62).

Esse é o desafio ético, político e metodológico de uma pesquisa cartográfica. A intenção, portanto, não reside em priorizar o método em detrimento da experiência, mas sim em permitir a experimentação da realidade e estar receptivo a outros desdobramentos que possam surgir durante os encontros possibilitados pelo pesquisar, na perspectiva de transformar para conhecer.

Durante a construção desta pesquisa, todavia, acabamos sendo inevitavelmente capturadas no sentido de seguir um caminho específico em direção a um fim já determinado. Contudo, ao longo dessa jornada, certos eventos culminaram em rupturas, novas análises e, portanto, desvios de curso. E vindas de um modelo de produção de conhecimento outro, admitimos que a ousadia de nos abrir para um novo regime de pesquisar, que vem atrelado necessariamente a uma construção afetiva e sensível, gerou em nós muitos anseios, dúvidas e inseguranças.

Ainda, é importante destacar que apesar de trabalharmos com alguns pressupostos da análise institucional francesa, a qual enfatiza, entre outras coisas, a análise da demanda, o trabalho de intervenção junto aos participantes foi iniciado sem nos dar conta disso. Dito de outro modo, a demanda desde o princípio era muito mais nossa do que deles.

Decorre que os impedimentos foram vários: tivemos percalços no envio e aprovação do projeto guarda-chuva, o que resultou em um infeliz atraso na entrada ao campo de pesquisa-intervenção. Esperar estes prazos das tramitações legais e burocráticas não foi algo fácil. Essa e outras complicações nos conduziram a uma chegada no território já no tempo limite para tal.

Dentro disso, o receio principal era de acabar não nos permitindo os desvios no processo. Como não sermos capturadas pela questão do tempo? Sem dúvida, este é um bom analisador. Procuramos carregar conosco a todo momento a fala do Prof. Dr. João Paulo Barros que, na banca de qualificação, disse-nos que numa cartografia o mais importante não era a extensividade do encontro, mas sim a intensidade.

Mas vale evidenciar também que tais demandas não deixaram de chegar até nós em diversos momentos da pesquisa. Durante as discussões sobre a proposta de intervenção com a equipe, haver constantes pedidos para que a atividade se concentrasse no "cuidado com o cuidador", o que oferece, novamente, uma pista relevante sobre saúde dos trabalhadores. Mais exemplos disso incluem duas outras situações, uma em que um profissional solicitou que fizéssemos apoio institucional para a equipe, e outra em que uma trabalhadora insistiu que uma das nossas intervenções na sala de espera focasse na denúncia do contexto atual da reforma. De todo modo, percebemos que esse conjunto de situações era, também, dentre tantas outras forças, importantes pistas para a nossa cartografia.

Neste estudo, a pesquisa de campo foi desenvolvida durante o período de dois meses e meio, entre o final de setembro de começo de dezembro de 2023, com frequência média três vezes por semana, variando entre os turnos da manhã e da tarde, nos valendo de alguns dispositivos, a saber: observação participante, atividades de sala de espera, roda de conversa com membros da equipe, intervenção artística pontual com usuários de um grupo artístico-

terapêutico, entrevistas semiestruturadas com usuários e profissionais, restituições aos participantes e diários de campo.

Com Deleuze (1990, p. 155), podemos entender o dispositivo como “máquina de fazer ver e fazer falar”. Consideramos, a partir dessa concepção, a possibilidade de que as nossas intervenções se configurem como potencializadoras de encontros de processualidade desviante. Assim, seguindo a cartografia, entendemos que uma intervenção diz respeito menos a uma ação de um sujeito sobre um objeto e mais aos processos de singularização que se inauguram no e pelo ato de pesquisar (Souza, 2015).

A observação participante, como dissemos, foi um dispositivo que nos possibilitou a habitação do território existencial, exigindo-nos entrar em ressonância com o campo, como já trazido anteriormente, entendendo e nos posicionando como parte dele. Nesse processo, houve a experimentação de atividades com arte oferecidas no serviço, com o objetivo de cartografá-los.

Desde a nossa primeira visita ao CAPS, os profissionais foram bastante solícitos em nos dar informações sobre as atividades com arte que estavam sendo ofertadas e a nossa inserção em algumas dessas foi facilitada pela nossa aproximação prévia com o campo, principalmente com a artista. Usuários que nos conheciam também se posicionaram de modo a nos ajudar na pesquisa, pedindo para serem entrevistados ou participarem de alguma intervenção.

A maioria das ações de cuidar com arte estavam acontecendo em uma ONG, de modo que foi preciso habitar também esse espaço. A ONG em questão foi criada no fim dos anos 1990 com o intuito de promover atividades educativas, sociais, culturais e esportivas para melhoria de vida das populações de baixa renda. Atualmente, ela busca estimular a expressão e a criação artístico-culturais individuais e coletivas, promovendo novas formas de promoção da saúde.

Sobre as atividades com arte, uma delas estava ocorrendo pela manhã, das 9h30 às 11h00, mediada na ONG pela artista do CAPS e por uma psicóloga, que, infelizmente, não esteve presente durante boa parte do período da pesquisa. Esta é uma atividade que existe há pelo menos oito anos, de modo que foi sofrendo metamorfoses ao longo do tempo, adquirindo objetivos diferentes neste processo. Mas a profissional responsável apontou que, no geral, objetiva-se no grupo trabalhar arte e saúde mental de diferentes formas e fazendo uso das mais variadas linguagens artísticas possíveis. Naquele momento, o grupo estava trabalhando especialmente com a criação de histórias.

Foi neste grupo que participamos como extensionistas durante a graduação, assim como no início do mestrado, de modo que não tivemos dificuldades de entrar novamente neste espaço desde a inserção em campo. Portanto, era um grupo que nós já éramos conhecidas pela profissional e pelos usuários participantes. Isso abre espaço para elucidarmos a existência de uma outra dificuldade que constitui este estudo: a de nos colocar como pesquisadoras em um contexto que já havíamos desempenhado outros papéis.

Para nós, falar desse lugar, quando por muito tempo estivemos em outras posições, provocou alguns conflitos, causando-nos algumas dificuldades até de nos colocar mais nesse espaço, principalmente quando envolvia aqueles com quem já havíamos trabalhado anteriormente. Por vezes, também, nos sentimos cobradas institucionalmente a ocupar nosso antigo papel como extensionista. As pessoas não raramente confundiam se nós estávamos lá para fins de extensão, estágio ou pesquisa, e até mesmo se ainda estávamos na graduação ou na Pós. Isso acontecia principalmente no início, logo quando passamos a habitar o território após ingressar no mestrado. Confessamos que foi muito difícil viver essa relação.

No mesmo lugar, também estava acontecendo quinzenalmente uma mostra de filmes com posterior debate, também sob mediação da artista. Segundo nos foi relatado por ela, essa atividade foi um arranjo para esse momento de transição, já que não estar no CAPS impedia a

proposição e início de novos grupos. E já que algumas pessoas só podiam fazer parte de atividades ofertadas pelo serviço na sexta, foi criada essa atividade para que elas não perdessem o vínculo.

Diferente das outras estratégias, esta não acontecia em formato de grupo. Era aberto para a comunidade, livre e buscava a produção de um ambiente de encontro. O filme era escolhido pelos próprios usuários, que indicavam e faziam uma votação para qual seria passado na próxima sessão. Também não tivemos dificuldades de fazer parte desse espaço. Lá, não havia exatamente um objetivo ou uma forma de condução definida. O filme podia gerar ou não discussões ao final da sessão, ficando à disposição dos participantes, que giravam em torno de cinco, mais uma estagiária de psicologia. Ao total, pudemos assistir a duas sessões.

Um outro grupo estava acontecendo em uma outra manhã neste mesmo espaço. Este, na verdade, era um contexto grupal mesclado por participantes de três grupos diferentes, mas que precisaram se juntar durante a reforma. Era um grupo fechado, agora mediado por três profissionais, que antes coordenavam cada grupo separadamente.

Segundo nos foi relatado, cada um desses grupos possuía início, meio e fim. Pouco antes da reforma, todos estavam já no final do processo, mas durante as obras alguns participantes começaram a ter recaídas, razão pela qual os profissionais optaram por dar continuidade aos grupos por mais algum tempo.

Ao indagarmos o porquê de tais grupos terem se juntado, recebemos respostas diversas. Uma delas diz respeito ao espaço, dias e horários disponibilizados pela ONG para a realização das atividades do CAPS, tornando inviável a realização de todas separadamente. Já uma outra informação que nos foi dada é a de que algumas pessoas participavam dos três grupos, o que tornava mais prático juntá-las, especialmente nesse momento de reforma. E, por fim, um usuário nos relatou que os grupos não estavam fluindo, pois o número de pessoas

estava baixo, o que tornou necessário juntar tais atividades. Entendemos que, apesar de diferentes, as respostas não são necessariamente excludentes.

Por várias razões, tivemos muita dificuldade de nos inserir nessa atividade. Nos únicos momentos em que isso ocorreu, foi na realização de um piquenique, logo no início da pesquisa e, duas outras vezes, já no final do estudo. Neste ínterim, vários acontecimentos impediram que o grupo sequer viesse a ocorrer, o que nos deixou bastante frustradas.

Apesar de constituir-se de três grupos diferentes, o número de participantes era bem baixo. Em média, cinco usuários compareciam aos encontros, boa parte dos quais também faziam parte do grupo conduzido pela artista, além de uma estagiária de psicologia e integrante do PASÁRGADA. No primeiro encontro que participamos, já se encaminhando não só para o fim da pesquisa, mas também para o fim do ano e recesso do grupo, foi proposto a divisão dos usuários presentes em equipes para confecção de uma síntese artística sobre o percurso daquele ano, com posterior apresentação.

No outro encontro, foi proposto aos participantes um primeiro momento de acolhimento, um momento de sensibilização com alongamento e respiração, um momento de experimentação da escrita individual sobre os desejos para o ano seguinte para ser colocado em uma “cápsula do tempo” e um momento final de partilha e reflexões. Nós experimentamos esses momentos junto aos integrantes e tecíamos conversas no decorrer e experiências em conjunto. Por terem sido momentos de fechamento, foi possível entrar em contato também com a perspectiva dos participantes sobre as vivências artísticas traçadas ao longo do ano naquele contexto.

Ainda, logo na primeira reunião de equipe, quando fomos nos apresentar no CAPS, uma das terapeutas ocupacionais anunciou o início de um novo grupo, de dançaterapia, a começar no mês seguinte junto a um profissional voluntário que já havia trabalhado há muitos anos neste serviço, assim como em outros. Por boa parte da pesquisa, a entrada neste

grupo, que estava acontecendo inicialmente em uma igreja, também foi dificultada por fatores que diziam respeito, principalmente, à sua organização, que ainda estava começando, bem como às condições de espaço.

No entanto, já no final do estudo, a sala de grupos do CAPS foi liberada por um breve período e, assim, conseguimos experimentar o grupo, que foi direcionado para lá. Este era fechado, com início, meio e fim bem definidos. Segundo os responsáveis, o objetivo principal era criar um ambiente para a expressão corporal daquilo que não conseguimos colocar em palavras. No primeiro encontro, ficamos muito felizes de ver caras novas e um quantitativo bem maior de pessoas - em torno de dez - e, apesar do ar-condicionado quebrado, foi bem animado. Já no segundo, infelizmente, somente quatro pessoas compareceram.

Depois disso, o grupo parou de ocorrer, devido aos problemas do lugar, que estava servindo de depósito durante a reforma, o que diminuía o espaço disponível, além da poeira que infestava o local, tornando inviável o grupo. Eles haviam saído da igreja, pois lá o espaço disponibilizado também não era propício para a atividade e, portanto, o grupo foi deixado para dar continuidade no ano seguinte, quando as condições fossem melhores.

No mais, também acompanhamos uma atividade pontual em parceria com o cineteatro São Luiz. Para essa atividade, foi disponibilizada uma lista no NAC para os usuários se inscreverem. O filme que assistimos foi *Rei Leão* e, nesse dia, compareceram um número considerável de pessoas, em torno de quinze, além de quatro profissionais, mas quase todos eram participantes dos grupos artístico-terapêuticos.

Com o acompanhamento dos processos de tais atividades, fazendo uso da observação participante, foi possível entrar em contato direto tanto com usuários como profissionais que são perpassados pelo objeto de estudo. Mais do que experimentar tais atividades, durante essa caminhada, diálogos, cenas e outros elementos foram produzidos, constituindo-se de suma importância para a pesquisa. Os momentos antes e pós grupos, principalmente, eram muitos

ricos, possibilitando-nos abertura a campos de sentido inéditos que de outra forma não seriam acessados.

Por outro lado, os diversos empecilhos existentes para a entrada nos grupos geraram em nós também muita angústia e preocupação, no que diz respeito ao andamento da pesquisa. Por um bom tempo, só foi possível acessar, como dissemos, além da mostra de filmes, um dos grupos, no qual já havíamos tido contato previamente. Ansiávamos, todavia, por outras experiências e perspectivas da produção de cuidado pela arte.

É fundamental apontar que, algumas vezes, sentimos que a nossa inserção e intervenções estavam sendo dificultadas por um movimento, talvez, de proteção da equipe. Alguns profissionais, em suas falas, pareciam querer defender o cuidado ali produzido. O que isso poderia nos sinalizar? Qual seria o lugar da pesquisa para eles?

Para além da participação nas atividades com arte, um outro dispositivo de produção de dados que utilizamos foi a sala de espera com os usuários, visando principalmente fortalecer o cuidado através da arte no equipamento. Lima et al. (2018) exploram uma perspectiva de sala de espera em seu poder subversivo e de resistência, propondo-a enquanto potência política para a reforma psiquiátrica.

As ações foram pensadas a partir de pistas que fomos adquirindo no transitar das análises processuais. Ao todo, foram realizadas três intervenções deste tipo no CAPS. Com isso, tínhamos o interesse em acessar usuários que não necessariamente eram atravessados por cuidados produzidos através da arte. Desde a constituição do projeto desta pesquisa, era de nosso interesse produzir intervenções que chegassem até essas pessoas, buscando a proliferação de múltiplas perspectivas.

A proposição de tais intervenções, no geral, foram bem recebidas pela equipe. Contudo, por conta da reforma, alguns profissionais se mostraram bastante preocupados com a sua realização, já que fatores como barulho e desorganização do serviço poderiam nos

atrapalhar. Apesar das dificuldades infraestruturais, aceitamos o desafio e, após uma fase de chegada, mapeamento da instituição e observação em campo, buscamos planejar nossa primeira sala de espera, visando os objetivos da pesquisa.

Como estratégia, pensamos em utilizar a própria arte como dispositivo, de modo que fosse possível colocá-lo em funcionamento. A dinâmica consistiu em realizar um primeiro momento para conversar com as pessoas que se encontravam na recepção sobre o cuidado produzido no CAPS e, posteriormente, convidá-las para produzir uma colagem sobre a temática, algo que foi sugerido por uma profissional do serviço. Com isso, pretendíamos sondar a perspectiva de cuidado em saúde mental dos participantes e, a partir disso, dialogar sobre o possível lugar da arte nesse processo.

Ressaltamos que esta foi a nossa primeira vez planejando e realizando uma intervenção deste tipo. Além de algumas orientações da trabalhadora supracitada, nesse momento, contamos com a colaboração de outros integrantes do PASÁRGADA, tanto extensionistas quanto bolsistas Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Concomitante a algumas das intervenções relacionadas a esta pesquisa, pois, buscava-se também cultivar dados para responder a outros objetivos da investigação guarda-chuva do Programa. Nesta tarde, para o nosso desaponto, havia poucas pessoas no local.

Com essa primeira experiência, vivenciamos alguns percalços que nos levaram a repensar uma próxima ação, antes não programada. Nela, decidimos dispor de materiais artísticos para pintura, desenho, colagem, entre outros, na mesa da copa, que por causa da reforma encontrava-se na recepção. Então, passávamos convidando os usuários presentes no local para juntarem-se a nós na mesa e experimentar aqueles materiais livremente. A partir disso, íamos dialogando com os participantes sobre aquela experiência e, acima de tudo, buscando a criação de encontros potentes com a arte naquele espaço institucional.

Nessa manhã, conseguimos uma participação bem maior de usuários, o que não havíamos conseguido na intervenção anterior, cremos que tanto pela proposta que parecia mais interessante, como também pela quantidade de pessoas presentes que era consideravelmente maior. Ademais, conseguimos dialogar especificamente sobre arte com eles, enquanto experimentávamos este dispositivo juntos; diferente da primeira intervenção, em que a questão principal acabava sempre girando em torno das reclamações sobre o cuidado oferecido no serviço e, dificilmente, conseguíamos conversar ou experimentar a arte com aqueles que ali estavam.

No geral, fomos percebendo, tanto nesta como na primeira sala de espera, que a concepção dos usuários sobre arte no cuidar era bem restrita e que muitos não conheciam as atividades artísticas do serviço. Eles não tinham a intenção de estar ali para produzir ou, pelo menos, conhecer arte, o que dificultou prender a atenção dos usuários. Nos inspiramos, então, a propor a confecção de fanzines sobre cuidado pela arte junto a usuários dos grupos artístico-terapêuticos para serem disponibilizados na recepção do CAPS, algo que também não havíamos planejado antes da entrada a campo.

De início, o nosso objetivo era realizar tal atividade em dois grupos e, para tanto, combinamos as datas das intervenções diretamente com os profissionais responsáveis por cada grupo. Contudo, ao final, só conseguimos efetivar o planejado em um deles. Pouco antes da atividade proposta por nós acontecer no segundo grupo, os profissionais responsáveis se juntaram para planejar as intervenções até o fim do ano, o que não incluiu a confecção dos fanzines.

No dia e horário marcado para realização do grupo, com autorização e ajuda da profissional responsável, organizamos uma sala da ONG para receber os usuários, dispendo de vários materiais artísticos no chão. À medida que chegavam, eles iam se sentando ao redor, também, no chão. Com todos na sala, fizemos um momento de relaxamento, com

alguns alongamentos, algo que é costumeiro neste grupo. Posteriormente, iniciamos a atividade relembrando a todos sobre a pesquisa e convidando-os a produção dos fanzines, tendo como pergunta disparadora: “O que pode a arte no cuidado?”.

Ao todo participaram dessa atividade quatro usuários. Além deles, havia outro usuário presente, mas este não quis participar. Foram feitas três produções, pois duas pessoas preferiram fazer em dupla. Além deles, havia uma profissional responsável e uma estagiária de psicologia.

Continuando nossas intervenções, para a última sala de espera, além de colocarmos os fanzines na recepção, queríamos experimentar uma outra linguagem, como música, dança ou teatro. Pensamos nesse último como uma possibilidade interessante e fomos pedir ajuda a uma das profissionais que tinha mais experiências teatrais. Entretanto, em nossa conversa, ela nos aconselhou a buscar outra forma, já que não íamos ter tempo para pensar um roteiro ou realizar um ensaio. Então, tivemos a ideia de convidar os usuários que haviam produzido os fanzines para eles próprios falarem sobre suas experiências. Ao todo, três usuários se disponibilizaram para esse dia, mas infelizmente somente um apareceu. Fora ele, um outro usuário que no dia anterior coincidentemente havíamos nos encontrado no CAPS, também apareceu para participar.

Nós havíamos conhecido ele na segunda sala de espera e quando, no dia anterior, ficou sabendo da atividade por nós, mostrou-se muito animado e nos pediu para fazer parte. Até ligou para um amigo o convidando também. Eles não usufruíam mais de nenhuma atividade artística, pois agora trabalhavam, mas foram por muitos anos integrantes desses espaços. Portanto, ficamos felizes e aceitamos de prontidão a participação deles. Contudo, o amigo não apareceu. Assim, somente dois usuários fizeram parte da ação.

Nessa manhã, nós batemos cópias dos fanzines e imprimimos para distribuir na recepção. Esse dia foi muito potente, porque além de termos uma sala de espera cheia, os

usuários ficaram muito interessados em escutar nossos aliados. Vimos, inclusive, pessoas indo se inscrever na lista para participarem de algum grupo. Confessamos que tínhamos grande receio das pessoas sequer prestarem atenção, mas na realidade muitas até teceram diálogos, fizeram perguntas, levantaram-se para ouvir. E ficamos felizes em escutar um dos nossos aliados dizendo que, nesse dia, ele descobriu em si uma potência de falar em público que não conhecia e que isso o tinha deixado muito animado, pois era muito tímido.

Fora essas intervenções, no início da pesquisa, o nosso desejo era fazer uma intervenção com arte com os profissionais, a ser realizada em uma reunião de equipe. Mas, devido à reforma, não havia espaço para tal, apesar dos esforços da coordenadora, que até buscou parceria com outros locais. Cabe lembrar que as reuniões de equipe estavam sendo realizadas na sala da coordenação, em um espaço muito pequeno até para receber os próprios membros da equipe.

Por ser mais viável frente à situação, decidimos manter em formato de roda de conversa. Separamos, então, algumas perguntas disparadoras que foram feitas com base na nossa experiência vivida até ali e visando os objetivos desta pesquisa quanto a da guarda-chuva, através de uma das bolsistas PIBIC. Em linhas gerais, nossas conversações giraram em torno da interseccionalidade, do cuidado pela arte para a equipe e do momento atual da reforma psiquiátrica.

Ao todo, participaram desse momento somente seis profissionais, pois muitos trabalhadores saíram assim que as pautas da reunião acabaram, não ficando para participarem da roda de conversa. Durante o próprio andamento da roda de conversa, também, alguns participantes se levantavam para responder a outras demandas que apareciam, de modo que a participação de todos também não foi constante.

Uma outra ferramenta utilizada foi a entrevista, realizada com o apoio de questões norteadoras, tanto com usuários como com profissionais. Junto com aqueles que se

dispuseram a participar, marcamos data e horário das entrevistas, que foram realizadas tanto na ONG, como no CAPS, a depender da solicitação e disponibilidade do entrevistado. As perguntas foram cuidadosamente pensadas no sentido de evitar engessamentos. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas com a pactuação dos entrevistados. Ao toda realizamos entrevistas com três profissionais e um usuário, que acreditamos ser aliados-chave para a composição da pesquisa.

De modo geral, tais entrevistas, compreendidas como semiestruturadas, tiveram o intuito de nos auxiliar, principalmente, a entender atravessamentos relacionados ao processo de trabalho local e ao cuidado em saúde mental, especialmente com arte, em articulação ao contexto de contrarreforma, precarização do trabalho e da assistência. No mais, também foram momentos oportunos para restituição de dados.

Na perspectiva da análise institucional francesa, a restituição extrapola a devolução de resultados de pesquisa como prática instituída, sendo indispensável para a construção de um pesquisar junto aos sujeitos da pesquisa e não sobre eles (Lourau, 2014). Neste estudo, ocorreu em momentos processuais de compartilhamento das análises preliminares realizadas, em que entregamos pequenos extratos de observações aos participantes, assim como no momento final da pesquisa, abrindo espaço para os participantes expressassem suas próprias análises do que lhes era apresentado.

Antes de entrar em campo, o nosso desejo era realizar também uma restituição final com usuários e profissionais juntos, de modo a oportunizar um espaço horizontal de diálogo entre todos. Mas, à medida que o tempo passava e a sala de grupos do CAPS não era efetivamente liberada, fomos vendo que seria necessário realizar dois momentos separados, devido à falta de espaço no local para juntá-los. Combinamos com a equipe mais um momento na reunião e com os usuários lançamos convites nos grupos.

Entretanto, a equipe precisou desmarcar nosso compromisso um dia antes, pois eles iam realizar um planejamento para o ano seguinte, algo que haviam esquecido de nos avisar. Ficamos muito tristes com a notícia, ainda mais porque esse seria um bom momento para a restituição, pois achamos que poderiam, inclusive, levar as considerações para o planejamento e, também, porque dessa vez toda a equipe estaria junta, e teríamos a oportunidade de escutar todos. Conseguimos realizar a atividade somente duas semanas mais tarde, já perto do recesso de fim de ano. Nesse momento, estavam presentes quinze profissionais, mas nem todos participaram efetivamente.

Já com os usuários, somente dois compareceram no dia e horário combinado. Isso nos deixou um pouco desanimadas no momento, mas fazendo uma análise da situação entendemos, também, que já era quase final de ano e a cidade estava vivendo um pico de Covid-19, inclusive, com vários profissionais da equipe testando positivo. Também, devido a esse cenário, não conseguimos planejar uma outra tentativa de restituição ao final de algum grupo, pois eles já haviam sido todos finalizados na semana anterior.

Por fim, como auxiliar de todo este percurso, utilizamos o diário de campo como estratégia que nos permitiu registrar os diálogos informais, as cenas, o cenário e as inquietações no contato com o território habitado. Este potente instrumento de produção de dados, na perspectiva da pesquisa-intervenção de viés cartográfico, bem como institucionalista, carrega o potencial de produzir reflexões da própria prática da pesquisa, além de explicitar aspectos da implicação da pesquisadora com o campo estudado, o que envolve suas angústias, desejos, avanços e dificuldades (Kroef et al., 2020), que já estão sendo aqui relatados. A partir dele, foi possível construir os analisadores da pesquisa, identificar as tensões e problematizações para os momentos de restituição, assim como planejar as próprias intervenções.

Desse modo, as perguntas e intervenções foram sendo tecidas no contato direto com o território e os participantes, na medida em que processualmente íamos realizando nossas análises. No mais, também foram realizadas com a ajuda de colaboradores, sejam eles do PASÁRGADA ou do CAPS, e com base no que era possível diante da situação particular que se encontrava o equipamento, a qual por vezes nos levou a repensar nossas estratégias, como vimos.

Procedimentos éticos

Apesar de nossas experiências com o campo terem começado muito antes disso, a autorização formal para produção de dados, comumente chamada de “coleta de dados”, só foi dada em setembro de 2023. Este estudo alinha-se a uma pesquisa guarda-chuva ligada ao Programa PASÁRGADA do Departamento de Psicologia da UFC, que acontece sob orientação da Prof.^a Dr.^a. Mariana Tavares Cavalcanti Liberato e tem como título: “Dispositivos artístico-terapêuticos na saúde mental: produção de cuidado em uma perspectiva interseccional da reforma psiquiátrica fortalezense”.

Para realizarmos esta pesquisa, passamos pela aprovação do Comitê de Ética da UFC (Anexo A), como também pela Secretaria de Saúde do Município (Anexo B). Após entenderem e concordarem com a pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [TCLE] (Anexo C) feito em duas vias, ficando uma com a pesquisadora, e a outra com o participante. Este procedimento garantiu a análise e divulgação dos dados em publicações científicas. Aos participantes foram garantidos: esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, a liberdade para desistência a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo, o sigilo e anonimato.

A assinatura dos termos foi algo que nos trouxe algumas preocupações e até mesmo empecilhos. Alguns voluntários recusavam a leitura do termo ou o recebimento da cópia, pois

segundo eles, não era algo necessário. Mas buscamos sempre insistir na importância disso. Também houve pessoas que participaram da sala de espera, mas não consentiram assinatura. Muitos usuários também eram analfabetos, e mesmo com a possibilidade da presença de uma testemunha, não concordaram em assinar. Assim sendo, não pudemos compartilhar aspectos que dizem respeito a esses sujeitos nesta escrita, de modo a respeitar as decisões e autonomia dessas pessoas.

Análise e discussão dos resultados: cartografando possíveis

Mas se eu esperar compreender para aceitar as coisas – nunca o ato de entrega se fará. Tenho que dar o mergulho de uma só vez, mergulho que abrange a compreensão e sobretudo a incompreensão. E quem sou eu para ousar pensar? Devo é entregar-me. Como se faz? Sei porém que só andando é que se sabe andar e – milagre – se anda (Lispector, 1998a, p. 68).

Com discorrido em outra parte, a nossa ideia originou-se do interesse de construir pistas que nos ajudassem a investigar as possibilidades do cuidado através da arte frente ao momento que denominamos de crise da reforma psiquiátrica no Brasil e, para isso, inserimo-nos em um determinado CAPS da cidade de Fortaleza/CE, o qual historicamente faz aliança com a arte em suas práticas de cuidado, além de ter sido um dos primeiros equipamentos desse tipo na cidade. Vimos que essa escolha também se deu pelo nosso vínculo com a instituição escolhida desde a graduação a partir de diferentes inserções, que nos permitiram um acúmulo de experiências e inquietações que desembocaram nessa pesquisa.

Diante das cenas observadas e das narrativas dos trabalhadores e usuários, que foram construídas através dos dispositivos de produção de dados, a análise foi realizada processualmente a partir da densa leitura e releitura dos diários de campo e dos conteúdos transcritos das entrevistas. Com isso, foi possível trazer à tona indagações e reflexões, nutrindo um processo de aprendizado, sempre inventivo, da própria pesquisadora.

E assim, calcadas nos aportes do método cartográfico, procuramos traçar, a partir do nosso envolvimento no espaço da pesquisa, um conhecimento com e a partir da experiência produzida nos encontros com os participantes em seu território existencial, agenciando e transitando pela miríade de fios que compõem o cuidado pela arte no contexto proposto.

Afinadas com a cartografia e a análise institucional francesa, no exercício analítico, utilizamo-nos de uma recusa da neutralidade em direção a um movimento de analisar nossas implicações, partindo dos afetos e afecções que são captáveis pela vibração do corpo no contato direto com o campo, na perspectiva de mapear um plano de forças (Souza, 2015). Na análise de implicação, pois, as inquietações e as desestabilizações que nos afetam são consideradas essenciais para expandir o plano da singularização no processo de pesquisa.

De modo transversal, introduzimos a interseccionalidade como ferramenta analítica, visando rastrear e examinar como os aspectos interseccionais atravessam a construção do cuidado na unidade, especialmente naquele com arte, aliando-se, assim, ao projeto guarda-chuva a que se liga esse trabalho. Tal movimento se constituiu como um grande desafio, uma vez que realizar uma análise desse tipo é um exercício difícil, precisamente porque a interseccionalidade é multifacetada (Collins & Bilge, 2021).

Mas acreditamos que essa articulação se faz necessária tendo em vista a importância da análise de se e como as relações interseccionais aparecem no cotidiano da produção de cuidados no contexto escolhido, não somente para sustentar a complexidade e os deslocamentos da realidade, da subjetividade e do próprio pesquisar, mas também nos auxiliando a como pensar a criação de linhas de fuga, resistências, movimentos instituintes frente à essa dinâmica, seguindo as ideias esquizoanalíticas.

É fundamental destacar a preservação do anonimato dos mencionados no estudo. Ao transcrever as falas das entrevistas, estas serão fielmente reproduzidas conforme expressas pelos participantes. A heterogeneidade dos envolvidos, dos papéis que cada um desempenha dentro do campo e dos modos que se relacionam com o objeto de estudo, contribuiram para que esta cartografia pudesse ser tecida a partir de diferentes lugares e perspectivas, o que incluiu os inevitáveis conflitos e dissensos entre os que compunham a investigação.

Considerando esses pontos e apostando que “a trincheira da resistência está nos serviços territoriais” (Delgado, 2019, p.4), damos início a análise e discussão dos resultados, com base em alguns analisadores que foram traçados na construção dessa cartografia. Com as contribuições de Lourau (2014, p. 284), podemos entender o analisador como "aquilo que permite revelar a estrutura da organização, provocá-la, forçá-la a falar", revelando contradições, até então, ocultas ou não mencionadas. O seu efeito é trazer à tona o não dito, a fim de dar um sentido diferente aos fatos já conhecidos.

Os princípios da cartografia, também, nos levam a atender essa demanda, investindo incansavelmente na criação, proposição ou construção de bifurcações, nos processos e devires. O cartógrafo deve sempre mergulhar na realidade sem traí-la em suas possibilidades, singularidades, conexões e multiplicidades.

Aqui, fazemos uma composição, em diálogo com estudos decoloniais, com as bases conceituais da reforma psiquiátrica, da esquizoanálise e da análise institucional francesa, como também recorrendo a outras fontes que se fizeram necessárias para acompanhar esse trajeto. Afinal, com Rolnik (2006b), entendemos que o cartógrafo é antes de tudo um antropófago, que devora tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido para a composição de suas cartografias, sejam elas fontes teóricas ou não.

Começamos, primeiramente, apresentando as tensões experienciadas na micropolítica institucional no que diz respeito ao contexto analisado e suas implicações no cuidado, especialmente naquele com arte, dado a vivência de alguns conflitos entre as percepções dos participantes. Aqui, detalharemos algumas questões trazidas por eles, tais como: problemáticas referentes aos processos de formação e supervisão dos profissionais, desarticulação dos movimentos coletivos, falta de recursos materiais e financeiros, escassez de iniciativas que fortaleçam as experiências artísticas no campo da saúde mental, precarização do trabalho e aspectos socioeconômicos dos usuários.

Em seguida, damos prosseguimento à discussão conduzindo o leitor por três categorias escolhidas, que condensam as possibilidades do nosso objeto frente a algumas dessas forças, produzindo resistências, sendo elas: a) o cuidado pela arte para os trabalhadores da saúde mental; b) a relação entre esse modo de cuidar e a produção de encontros no contexto de interesse; c) as contribuições das operações estéticas para o trabalho na crise.

É pertinente ainda falarmos de uma “crise”?

Mas, se não existe crise, como fazer uma análise institucional? Então, dê um jeito para que ela ecloda (Lourau, 2004, p. 125).

Em certa manhã, estava marcado um encontro informal com uma profissional para recebermos algumas orientações sobre a nossa última intervenção de sala de espera. Combinamos o encontro por mensagem, que ocorreu na ONG, onde ela estava atuando naquele dia. Ao chegarmos lá, encontramos nossa aliada na cozinha, um lugar que se tornou palco de momentos significativos no decorrer da pesquisa, e iniciamos nossa breve reunião.

Entre os tópicos discutidos naquele dia, um em particular nos marcou profundamente. Não recordamos exatamente como aconteceu, mas em determinada altura da conversa começamos a dialogar com um estagiário de psicologia que estava presente na mesa conosco e o assunto girou em torno da contrarreforma psiquiátrica, tema coincidentemente relacionado também ao trabalho de conclusão de curso dele.

Em dado momento, enquanto ouvia a conversa, a profissional nos interpelou sobre o uso desse termo específico. Após respondermos, ela expressou sua concepção de estarmos, atualmente, avançando no processo da reforma psiquiátrica. Por se tratar de um diálogo

informal, não dispomos de gravação para reproduzir exatamente o que foi dito, mas ela começou a compartilhar conosco sua visão sobre o assunto.

E então, em certo ponto, uma outra profissional se juntou a nós, ampliando o debate e discordando, em partes, do ângulo da nossa interlocutora. Elas passaram a discutir mais detalhadamente a questão, com especial foco no termo "crise", o qual havíamos mencionado estar usando em nossa pesquisa.

[...] Essa conversa ficou em meus pensamentos durante todo o dia. Antes de entrar em campo, confesso que eu já havia me questionado se o campo problemático da pesquisa ainda era oportuno. É pertinente ainda falarmos de uma “crise”? Será que estamos, no momento atual, avançando? [Diário de campo nº 12, grifos da autora].

Esse acontecimento teve grande impacto em nós, já que tal contexto é um importante atravessador da nossa pesquisa. Sendo um de nossos objetivos justamente discuti-lo, sobretudo seus efeitos no trabalho em saúde mental e no cuidado pela arte, a narrativa dessa profissional, como analisador, oportunizou-nos consideráveis reflexões. A fim de compreender melhor sua visão sobre o assunto, decidimos então entrevistá-la, uma vez que ela também desenvolve trabalhos com arte no serviço.

Na entrevista, quando indagada, ela retoma o que havia compartilhado em nossa conversa informal, dizendo:

Então, eu entendo a reforma psiquiátrica em processo, né? Que tem avanços e tem retrocessos. E eu penso que a gente está em processo de busca, de ampliação e de fortalecimento do modo psicossocial [Profissional 1].

Em seguida, ela tenta explicar melhor sua posição:

[...] Eu venho de uma formação específica que vê a crise como perigo e oportunidades. Então é um momento que se agudiza, né? [...] Então a gente em 2019 teve um momento muito difícil, que teve um retrocesso grave e um avanço do modo manicomial. Que foi muito complicado [...] Em 2019, tem o que eu penso que foi uma grande crise dos últimos tempos e que foi assim uma agudização, né? E que com a mudança de governo, o que eu vejo é uma remissão dos sintomas dessa crise e um avanço do modo psicossocial [...] Quando a gente tem, por exemplo, agora em junho, uma reformulação das portarias que constituíam o hospital psiquiátrico [...] Então eu vejo isso como avanço. No sentido da gente avançar no modo psicossocial, que é a nossa proposta de reforma psiquiátrica para o Brasil. Então, eu vejo a reforma em processo, que tem avanços e tem retrocessos. E a gente teve grandes retrocessos e nesse momento a gente avança [Profissional 1, grifos da autora].

Após uma breve pausa em sua fala, ela completa com um “timidamente” e ficamos pensando em quais seriam, para ela, esses avanços. Mais adiante, ela prossegue com a discussão:

[...] “Ah, mas aí você acha que a gente não tá em crise?” A gente vive em crise, porque o processo de reforma psiquiátrica é um momento de mudança, né? Então a gente tem as oportunidades de transformação e tem os perigos. Eu vejo as oportunidades nesse momento, que é a nova gestão, novo financiamento agora em 2024, que vai vir novas verbas e tem outras pessoas em gestões que entendem mais da política. Então vejo isso como a oportunidade da gente sair mais daquela situação que

a gente tava, extremamente caótica [...] Assim, o que é que eu vejo? Porque é que eu digo que a gente não tá agudizando, a gente tá em remissão de sintomas? Porque eu vejo uma gestão do Estado aqui com interesse, que entende que é um modo psicossocial e que tem interesse. Se isso vai ser efetivo ou não, há muitas lutas de força. Mas só isso já traz uma outra perspectiva que a gente não tinha. A gente tem discussão hoje sobre o Centro de Convivência. A gente tem discussão hoje de Educação Permanente. Há planejamentos e propostas de que isso aconteça [Profissional 1, grifos da autora].

Reconhecemos com Kastrup e Passos (2013) que a cartografia produz um plano de experiência compartilhada, em que diferentes interesses e pontos de vista podem ser colocados e acolhidos, mesmo que constituam zonas de colisão entre si. Para que isso ocorra, sabemos que, como estratégia ético-política, é preciso lateralizar tais perspectivas, colocando-as lado a lado, possibilitando que a pesquisa possa ser feita de forma horizontal, o que pode gerar tensões e resistências não só por parte dos participantes, como também da própria pesquisadora (Cardoso & Romagnoli, 2019).

Causando-nos grande estranhamento, a narrativa da nossa entrevistada nos coloca precisamente neste ponto. Ela nos indica que, dentro de uma perspectiva dinâmica da reforma, vivemos hoje um período de avanço, que é explicado por eventos como a revogação, pela Portaria GM/MS nº 757, de 21 de julho de 2023 (Brasil, 2023), da Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, a qual instituiu uma série de retrocessos na RAPS, como vimos na primeira seção desta dissertação.

E, sem dúvida, não podemos ignorar a existência dessas conquistas, uma vez que a Portaria nº 3.588/2017 é uma das principais normativas que configura o que vem sendo chamado de contrarreforma psiquiátrica. Como nossa entrevistada mesmo pontua em

determinado ponto, apesar de tímidas, essas pequenas frestas de ar são muito importantes, em especial para quem está atuando na ponta.

Todavia, configurar isso como um contexto de avanço não parecia condizente com o cenário em análise, deixando-nos, no mínimo, surpresas. Até então, vivíamos momentos intensos de estudo e inserção no território dentro de uma outra percepção, na qual se baseava toda nossa pesquisa, e ouvir isto, já na metade do percurso, nos fez passar por um breve endurecimento.

Balançadas por essa perspectiva, decidimos adicionar ao curso investigativo interrogações sobre como os participantes percebiam a saúde mental e o processo da reforma psiquiátrica nos últimos anos e no tempo presente, algo que não tínhamos sequer nos indagado ainda. Na entrevista posterior, uma profissional nos dá uma outra perspectiva dessa mesma temática:

[...] Eu tenho cá minhas dúvidas se essas duas últimas gestões municipais se elas de fato têm conhecimento e qual o conhecimento. Conhecimento elas têm sobre política de saúde mental, mas é como eles interpretam, entendem, esse conhecimento. É muito mercadológico. Funciona nessa coisa do mercadológico. Como é mercadológico, vai furando as coisas, vai furando esse cuidado. O cuidado passa a ser mais biológico, há um retrocesso. E tudo isso tá implicado... Por isso que não tem artista hoje
[Profissional 2, grifos da autora].

Eu acho que a gente teve um retrocesso e atualmente a gente... [risos], foi destruído, né? Tem que ter uma reconstrução. Não sei como. Porque, assim, se você parar pra pensar, tem muitos dados, obviamente, que tão escondidos, né? Ou não são divulgados ou são camuflados, né? Mas assim, o que que é a saúde mental hoje, do

que jeito que ela tá? O que ela tá propiciando de saúde? [Profissional 2, grifos da autora].

O posicionamento de nossa segunda entrevistada levanta uma questão importante sobre a qualidade e eficácia dos serviços de saúde mental nos tempos atuais. O que ficou mais explícito em sua fala foi a existência, na atualidade, de um enfoque no cuidado pautado em aspectos biológicos, o que exclui ou secundariza a arte nesse processo. Esse apontamento converge com que Furtado (2018) discute sobre a fabricação, no contemporâneo, de padrões subjetivos estruturados no corpo biológico, dando sustento à teoria de que o sofrimento humano é causado por desequilíbrios neuroquímicos, com consequente restrição das possibilidades terapêuticas às biotecnologias.

Na continuação de sua fala, a participante afirma que isso acontece porque é muito mais fácil controlar a partir do biomédico. Esse discurso nos leva, novamente, a uma questão fundamental de nossa pesquisa: que espaço a arte possui em uma saúde mental cada vez mais individualizada e medicalizante? E indo além: de que maneiras enfrentar o binarismo medicação x arte que está posto?

Na semana seguinte, estava marcada uma roda de conversa com membros da equipe e aproveitamos o momento para continuar a construção da dialogicidade sobre esse assunto entre os trabalhadores. Para isso, foi aberto um espaço para a intervenção ocorrer no final de uma reunião. Infelizmente, como vimos na seção metodológica, nem todos da equipe puderam estar presentes, o que já era esperado por nós. No entanto, ficamos um pouco frustradas com o fato de que muitos profissionais que estavam na reunião se levantaram para ir embora no momento da intervenção. De todo modo, continuamos com a nossa proposição com aqueles que permaneceram.

Iniciado o diálogo, uma trabalhadora [Profissional 3] começa a trazer sua percepção de que há muitos avanços e retrocessos acontecendo na saúde mental simultaneamente, desde sempre. Ela declara que, embora tenha observado mais retrocessos nos últimos anos, desde o início essa dinâmica de recuos e avanços é existente na luta. Com essa fala, é disparado um processo de reflexão coletiva entre os participantes sobre o atual cenário da saúde mental. Assim, depois dela, uma outra profissional aproveita para trazer algumas de suas inquietações:

[...] Quando eu penso em retrocessos, eu penso na gestão que parou de pensar no profissional que parou ali na ponta, sabe? Parou de qualificar. Parou de dar supervisões. Parou de pensar no profissional que tá ali. Porque a universidade não prepara o profissional que tá ali na ponta, né? [...] Tem que ter uma gestão que ampare, que qualifique, que esteja ali atento, que esteja ali cuidando, cuidando de quem cuida. Então eu vejo esses retrocessos assim, de uma gestão que deixou de cuidar do profissional que tá ali na ponta [Profissional 4, grifos da autora].

A participante também questiona sobre os recursos financeiros, apontando que não há hoje uma transparência nesse quesito, a fim de qualificar os CAPS e colocá-los como equipamentos realmente substitutivos. Ela menciona que os CAPS 24 horas (Tipo III) da cidade não estão funcionando e que os CAPS, no geral, não têm desempenhado o papel de substituir os hospitais psiquiátricos conforme o esperado.

O que essa trabalhadora - assim como fez a Profissional 2 - nos traz é um ponto bastante relevante sobre o apagão de dados que a saúde mental tem enfrentado desde 2016 no país, ano em que o MS deixou de publicar o boletim anual eletrônico “Saúde Mental em Dados”, disponibilizado desde 2006. Constituindo-se como um dos principais alicerces dos

retrocessos no setor, tal ausência tem gerado lacunas informativas sobre o monitoramento e avaliação dos serviços prestados, como também a falta de clareza sobre a destinação dos recursos públicos e dos incentivos à pesquisa nesse campo. Ainda hoje, não há informações sobre um possível retorno desta publicação tão importante para o controle social.

Dando prosseguimento à discussão, uma outra trabalhadora aproveita para fazer uma metáfora entre o trabalho em saúde mental e o personagem Sísifo, da mitologia grega, dizendo:

[...] que tá lá empurrando a pedra, pelejando pra chegar com essa pedra. É assim que eu vejo a saúde mental: é um desejo grande de ser, e a impressão que tem é que essa pedra tá pesando cada vez mais. E vem o desafio de buscar mudança. E entra gestão, e vem a tal da gestão, e muitas vezes vem uma tal da gestão que quebra o que já tá tentando engatinhar [...] É uma sobrevivência né? Aí vem as angústias [Profissional 5, grifos da autora].

Depois disso, as Profissionais 4 e 5, que atuam há mais tempo nesse campo, começaram a lembrar um tempo em que a saúde mental era, nas palavras delas, “outra coisa”. Notamos, neste momento, uma certa nostalgia com relação ao passado, enquanto elas contavam alegremente algumas de suas experiências desse período.

Entre os tópicos discorridos, elas resgatam principalmente a questão das formações, supervisões, cursos, especializações e eventos, inclusive aqueles que se voltavam para a produção de cuidados tendo a arte como eixo. Elas relatam que nos dias de hoje isso é algo que raramente acontece. Na entrevista da Profissional 2, ela também havia comentado sobre o assunto, declarando que há muitos anos os profissionais não têm tais recursos, seja sobre a

arte ou não, completando por fim: “Há muitos anos que a gente tá jogado. E os usuários também” [Profissional 2].

Em quase todos os diálogos produzidos com os profissionais durante a pesquisa, ouvimos queixas a respeito desse tema, que há muito acompanha o desenvolvimento dos processos de cuidado em saúde mental. Sabemos que, ao contrário do esperado, a formação em saúde no Brasil ainda não é suficiente para capacitar os futuros profissionais para atuarem no SUS e, nesse caso, nos CAPS, ponto também discutido por uma das profissionais na roda.

Como resposta a esse problema, surgiram as estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS), criadas para transformar a atuação dos trabalhadores da saúde numa perspectiva processual de aprendizagem cotidiana (Brasil, 2014). Temos, também, a implementação nos CAPS da proposta de supervisão clínico-institucional, com o intuito de fortalecer a política de atenção em saúde mental, a partir dos princípios da reforma psiquiátrica e do SUS (Brasil, 2005).

Consideramos que estas são iniciativas especialmente importantes devido a uma formação ainda pouco condizente com as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica, muitas vezes pautada numa lógica biomédica e inadequada para o trabalho intersetorial e multiprofissional, além de impregnada pelo colonialismo epistemológico, tornando-se, em última instância, descolada das reais necessidades dos usuários. A sua escassez é, nesse sentido, é um importante analisador para refletirmos sobre os efeitos que isso pode produzir na atenção à saúde mental e na produção de cuidados pela arte no município, como será trazido mais à frente.

Contudo, ainda nessa ponderação, a Profissional 3 acrescenta que o ano vigente trouxe algumas mudanças positivas, embora ainda longe do necessário e das expectativas criadas, destacando diferenças em relação aos últimos três anos. Terminou sua fala enfatizando que os aspectos positivos ainda não se refletiram no âmbito federal e estadual,

mas que reconhece pequenas melhorias a nível municipal nesse contexto. Por esta razão, ela considera um cenário que também carrega seus avanços.

Nessa conversação, as narrativas seguiam um movimento de continuidade e descontinuidade, em que ora abarcavam uma análise positiva do contexto atual, ora seguiam em direção às regressões vividas nos últimos anos - apesar de por vezes carregando, também, certa esperança com relação ao ano porvir. Como foi abordado na primeira seção, concordamos que a discussão em torno da reforma psiquiátrica é uma teia intrincada de experiências, perspectivas e interpretações diversas. Pensar nesse emaranhado de forma a tentar liberar as forças que pediam passagem (Rolnik, 2006b), conduzindo ao pensamento, era o nosso desafio enquanto cartógrafas.

A partir desses acontecimentos, pudemos analisar de que lugar falávamos e sobre nossos próprios enunciados, que nem sempre condiziam com as percepções de outros participantes. Nesse processo, revisitamos os registros e anotações realizadas em nossos diários de campo, como também de aliados do PASÁRGADA que estiveram presentes conosco em alguns momentos. Ao resgatá-los, encontramos algumas situações conflitantes, vivenciadas ao longo de toda a pesquisa, quanto a uma perspectiva de avanço. Esse movimento nos ajudou a compreender as nuances, os ditos, mas também os não ditos, aquilo que não se encontra necessariamente em textos, os dados não objetivos e quantificáveis que vinham de muitas outras direções. E é de suma importância destacar que com isso não buscamos apontar o que está certo ou errado, mas sim contribuir com apontamentos que nos ajudarão a pensar nesse contexto.

Primeiramente, identificamos que os CAPS da cidade ainda tem sido, no momento atual, sucateados e precarizados em diversos aspectos dos seus serviços, o que já era algo perceptível desde nossas parcerias anteriores. Em uma conversa realizada com um usuário, após nos encontramos inesperadamente no CAPS, ele evidencia uma grande preocupação

com o panorama da saúde mental do município e com aquele serviço, em específico, que pode ser representada na sua emblemática fala: “É um descaso disfarçado de melhorias!” [Usuário 1, fala registrada no diário de campo nº 1].

Segundo sua análise, apesar da chegada de certas melhorias na rede, como a inauguração do mais recente CAPSi e a reforma de alguns serviços, a situação não é exatamente satisfatória para a saúde mental, indicando que o desmonte estava sendo apenas maquiado pela gestão atual. Sobre isso, é conveniente apontar que duas trabalhadoras do serviço, em momentos diferentes, nos relataram que a reforma do equipamento - que no decorrer da pesquisa descobrimos ser, na verdade, apenas uma manutenção - só foi conquistada, como vimos em outra parte, após muita luta, tanto dos usuários como dos profissionais, que há anos vinham reivindicando melhorias devido à grande insalubridade da infraestrutura daquele espaço.

Comentei com ela sobre o ar-condicionado da sala de grupos que não estava funcionando. Perguntei como ele já estava quebrado se o CAPS estava há meses recebendo uma reforma. Eles não haviam consertado essas coisas? É nesse momento que eu descubro que a tão falada e demorada reforma é, na verdade, somente uma manutenção, visando principalmente resolver problemas de infiltração [Diário de campo nº 17].

Ainda, outro usuário [Usuário 2] compartilhou conosco, em uma de nossas conversas, suas inquietações em relação à reforma do serviço, pensando-a como uma possível estratégia para desarticular mais ainda os profissionais e usuários do CAPS. Segundo ele, o interesse ainda é o de desmontar a saúde mental, assim como havia apontado o Usuário 1. Válido

ratificar que o equipamento em questão possui uma ampla participação na luta antimanicomial no município, seja de usuários ou de profissionais.

Essa conversa, que tivemos na cozinha da ONG, indicou-nos sua perspectiva de um contexto ainda alarmante para o setor e de apreensão para os que militam em prol da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial, como ele. Isso nos levou a questionar se essas obras refletem realmente um interesse da gestão em aprimorar as condições da atenção psicossocial no município.

Não só nesse, mas ao longo de diversos encontros, o Usuário 2 foi um grande aliado em contribuir com importantes pistas e análises próprias para pensar esse cenário. Em outro de seus relatos, realizados enquanto pegávamos um ônibus juntos após atividade no cineteatro de São Luiz, ele nos informa, entre outras coisas, que os profissionais da saúde mental estão trabalhando sob alta demanda e condições precárias de trabalho, o que foi corroborado por vários desses atores durante a pesquisa, que, inclusive, chegaram a demandar alguma intervenção relativa à promoção de saúde mental deles.

Ele percebe que isso tem contribuído para o cansaço e desmotivação desses trabalhadores, afetando diretamente os processos de cuidado nos CAPS. Esse fator, segundo nosso entrevistado, tem contribuído para uma atenção cada vez mais centrada na gestão medicamentosa e nos encaminhamentos para o hospital psiquiátrico. Na sua análise, a retirada de tais instituições da rede não necessariamente resolveria o problema.

Dando seguimento a discussão, de acordo com o conteúdo das observações em campo e da narrativa de demais participantes, constatamos que os CAPS têm enfrentado sérias dificuldades em manter um cuidado psicossocial, principalmente àquelas em crise, as quais não raramente, são encaminhadas para internações.

Sobre isso, uma profissional, na roda de conversa, expressa que as internações só são indicadas no serviço quando se esgotam todas as opções extra-hospitalares. Embora esse seja

um posicionamento coerente com a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001), há de se refletir sobre o modo como os CAPS e seus trabalhadores são sistematicamente deixados à deriva, o que faz com que muitos casos que poderiam ser cuidados em liberdade sejam encaminhados para o hospital psiquiátrico, como ela mesmo menciona, o que contribui para a manutenção da sua centralidade no contexto da saúde mental.

Estudos disponíveis sobre atenção à crise apontam-na como um analisador decisivo da reforma psiquiátrica, que pode ser usado para indicar se a rede de cuidados, de fato, fornece uma resposta manicomial ou promotora de saúde mental nos momentos de maior fragilidade e sofrimento do usuário (Dimenstein et al., 2012; Cruz et al., 2019). Entretanto, conectando-nos ao contexto da desarticulação e precarização do trabalho, do serviço e da rede, no geral, podemos entender por que o atendimento estava se dando daquele modo, apesar do esforço perceptível da equipe.

Sobre isso, determinado profissional nos informou que a equipe chegou a discutir a possibilidade de parar a abertura de novos prontuários, ou seja, parar com os acolhimentos iniciais por um tempo, pois não estavam conseguindo dar um suporte efetivo aos sujeitos que chegavam ao equipamento, principalmente devido à alta procura frente a uma estrutura precária e insuficiente de profissionais.

A esse respeito, deixou uma grande marca em nós uma fala desse profissional, que em dado momento diz: “[...] Era até angustiante, em pleno setembro amarelo, com a galera pedindo para buscar nossa ajuda e gente sem poder fazer muita coisa”. [Profissional 5, fala registrada em diário de campo nº 1]. O que fica explícito nessa e em outras falas ouvidas ao longo do percurso é a implicação desses trabalhadores em relação ao modo psicossocial de cuidar.

Os trabalhadores do CAPS, em seus depoimentos, justificaram que tal cenário foi potencializado pelas fragilidades e entraves que vêm ocorrendo nos processos de cuidado e

trabalho devido à reforma do serviço. Ao indagarmos, descobrimos que sequer foi dado algum recurso ou apoio para a equipe durante esse período, e que eles próprios precisaram se desdobrar para conseguir as parcerias com outras instituições e dar continuidade aos atendimentos, já que foram impedidos de parar com o funcionamento.

Ao longo de nossas visitas e conversas pelo serviço, o cansaço e a dificuldade em tecer um cuidado dentro do modelo de atenção psicossocial, sejam pelas condições de trabalho ou pelo contexto geral de precarização da vida experienciado nos últimos anos foi um dos principais pontos que surgiram.

Pensativo, ele [Profissional 5] começa a me falar sobre o cansaço que as pessoas e a própria equipe têm experienciado nos últimos tempos, principalmente após a Covid-19, em que tudo ficou mais ‘complicado’. Eu consigo sentir o cansaço até mesmo em seu olhar [Diário de Campo nº 4, grifos da autora].

A despeito disso, Merçom e Constantinidis (2020) afirmam, a partir de uma revisão integrativa sobre processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS, que estes atores enfrentam diversos impasses que perpassam suas condições de trabalho, como falta de capacitações, recursos materiais precários e baixos salários. Segundo os autores, esse cenário dificulta a execução de trabalho coerente com os objetivos e princípios da reforma psiquiátrica brasileira, repercutindo em mais sofrimento, desprazer e fontes de estresse aos trabalhadores. Escutamos de uma profissional: “Eu fico muito triste quando a gente tem que mandar um paciente para a emergência psiquiátrica, quando chega uma crise” [Profissional 4 em roda de conversa].

Trazendo essa discussão para os atravessamentos da subjetividade contemporânea, diante desse cenário, não podemos esquecer que muitos trabalhadores podem acabar caindo

na armadilha da culpabilização de si pelas falhas e condições precárias do trabalho oriundas de uma política pública despedaçada (Lima et al., 2023).

Apontamos, também, o atravessador de gênero como um aspecto relevante de nossa análise, uma vez que a grande maioria da equipe é composta por mulheres. São elas que têm tido, neste contexto, o seu trabalho precarizado e desvalorizado, enquanto precisam desempenhar outras atribuições e papéis sociais impostos a elas, principalmente no que diz respeito à estrutura familiar (Passos, 2018b), algo que foi confirmado na restituição final pelas participantes presentes. Assim, há de se pensar que essas mulheres carregam a imposição cultural de serem “cuidadoras natas”, principalmente se forem negras, o que pode aumentar a carga de culpabilização de si caso fracasso nesse papel.

Tudo isso dispara em nós uma reflexão sobre a necessidade de criação de espaços não só de qualificação e tensionamentos nas formas predominantes de produzir saúde, mas também de cuidado a esses sujeitos que assumem um papel crucial na rede, onde seja possível também coletivizar, partilhar, expor, refletir e atuar sobre esses aspectos e estados que atravessam o cotidiano do seu trabalho, criando redes acolhedoras. Com a nossa entrada a campo, como já informado, alguns trabalhadores chegaram a nos pedir uma intervenção com arte que se voltasse para um cuidado com eles. Nesse momento, mais questões sobre o nosso objeto passam, então, a surgir: de que modos a arte pode potencializar esses espaços? o que ela pode para a equipe?

A falta de médicos é outro fator bastante relatado, sendo essa apontada como a maior dificuldade que a equipe tem enfrentado atualmente no que tange ao suporte aos usuários. Em vários momentos deste estudo, seja nas conversas informais, nas entrevistas ou outras intervenções, há uma constante referência à escassez de médicos no serviço pelos participantes. Nesse sentido, a própria insuficiência de psiquiatras no serviço, como analisador, escancara o modelo de atenção à saúde médico-centrado, ainda hegemônico.

Não queremos dizer, com isso, que a falta desses profissionais no serviço não é algo alarmante. Muitos usuários, inclusive, têm tomado as medicações sem o acompanhamento regular desse saber. Contudo, foi interessante perceber o caos que esse fator instala nos que ali circulam e que, muitas vezes, o grau de efetividade do cuidado ofertado é visto com base na presença ou não de médicos, e até mesmo de psicólogos, fazendo aparecer a lógica de atendimento em saúde mental que ainda permanece.

Um outro fator, conforme relatos dos trabalhadores, é que muitas demandas atendidas pelos CAPS não se encaixam no perfil do público que deveria ser atendido nesses espaços, pois uma parte significativa dos usuários do serviço são pessoas em sofrimento psíquico leve, o que significava que poderiam ser atendidas por outros equipamentos da rede, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Contudo, falhas na interlocução entre CAPS e UBS foram apontadas como questões que comprometem o funcionamento do serviço e repercutem no acompanhamento daqueles sujeitos que deveriam ser o público-alvo da unidade. Nos foi relatado que a UBS daquele território encaminha muitas pessoas que sequer eram, conforme dito, “caso de CAPS”, e que isso acabava gerando longas filas de espera, retorno ao equipamento por fragilidade na rede e, conseqüentemente, sobrecarga muito grande para toda a equipe.

Diante de todos esses apontamentos, resgatados com a ajuda dos diários de campo, verificamos que a equipe estava trabalhando em condições precárias, sem recursos, sejam eles humanos, materiais ou financeiros, submetidos a uma grande pressão advinda dos usuários, e alto número de pessoas procurando o serviço. Isso em meio a dificuldades com a rede fragmentada, desarticulada e com várias problemáticas de contratação e carência de profissionais.

Isso repercute diretamente não só na saúde destes, como também na produção individual e coletiva de cuidados prestados aos usuários. Percebemos, com isso, que existe,

ainda hoje, uma configuração crítica, gerada por anos de inflexões negativas, de forças que fortalecem fluxos manicomial, em que o cuidado em saúde mental é empurrado cada vez mais para um modelo biomédico e ambulatorial.

Sobre isso, a Profissional 2 nos afirma em sua entrevista que isso é algo que vem acontecendo desde pelo menos 2011, porém com mais força em 2013, de modo a ir minando a saúde mental até chegar aos mais evidentes retrocessos na política em 2016, que foram agudizados com e depois da pandemia, resultando, como vimos em outra parte, na ambulatorização do cuidado junto ao aumento de demanda pelos serviços públicos em saúde mental.

E para além das fragilidades que atravessam a equipe e a constituição da rede, temos ainda as linhas que perpassam os próprios usuários. Conforme nos foi relatado diversas vezes no decorrer da pesquisa, muitas pessoas chegavam ao serviço procurando especificamente por atendimento médico e medicação, ou ainda pela psicoterapia, encaminhados principalmente pelas UBS.

Um profissional nos relatou que muitos usuários, inclusive, chegavam a ficar com raiva quando ele tentava encaminhá-los para um grupo. Curiosamente, algumas trabalhadoras afirmaram que muitos deles já chegavam pedindo para participar de tais atividades e que eles costumavam aceitar “de tudo”, relatam elas. Na roda de conversa, ao dialogarmos sobre os passeios que o CAPS organiza, principalmente dentro das atividades artísticas, uma profissional acrescenta:

Acho que de uma forma mais geral, pensando assim na questão dos retrocessos, tem a ver com essa lógica de que o cuidado em saúde mental é atendimento médico, né?

Ambulatorial, assim, né? Não se compreende o paciente quando tá em atividade

terapêutica. E até a população muitas vezes também. ‘Ah, eu quero uma consulta médica, eu não quero ir passear não [Profissional 6, grifos da autora].

Fomentando esse analisador, na primeira sala de espera, em que pretendíamos conversar com os usuários sobre o cuidado produzido no CAPS, a maioria dos usuários aproveitou o momento para denunciar a situação que se encontrava o serviço, algo que, de certa forma, era esperado por nós. As denúncias se centravam na carência de médicos e em problemas derivados, como a demora para consultas psiquiátricas e para receber e renovar receitas.

[...] uma usuária, de atendimento inicial, prontamente começou a falar que precisavam de mais médicos, que o atendimento não era bom e que tinha que chegar muito cedo para conseguir um atendimento. Perguntamos se as pessoas presentes sabiam da existência de outros serviços, tais como os grupos artístico-terapêuticos, e elas responderam que não. Isso foi bastante comum durante toda intervenção. Fiquei me perguntando sobre isso e acredito ser uma importante pista para pensar em como esse cuidado tem sido médico-centrado, apesar dos esforços da equipe. Somente uma outra usuária, há mais tempo no serviço, chegou a afirmar e descobrimos que ela já havia participado de um grupo, mas só uma vez e que havia parado de ir pela dificuldade de chegar ao local por conta do dinheiro [...] Na medida que íamos fazendo os convites para participar da atividade, as pessoas começavam a reclamar do serviço, que estava faltando médicos, medicação, do atendimento demorado. Quando perguntávamos sobre a arte, as pessoas não sabiam sobre ou diziam que não tinham tempo/dinheiro para ir ao local fazer isso [Diário de Campo nº 6, grifos da autora].

Analisando os diários de campo dessa intervenção, percebemos que as pessoas ali presentes, que eram tanto usuários como seus familiares, associavam o cuidado em saúde mental ao saber e fazer psiquiátrico. A maioria, mesmo aquelas que estavam há bastante tempo no serviço, não sabia da existência dos grupos e, quando sabiam, afirmavam não ter como participarem por causa do tempo e/ou dinheiro. Uma usuária, ao invés de experimentar a arte, como propunha a atividade, preferiu escrever uma lista de reclamações sobre o CAPS. Quase sempre que falávamos de arte, as pessoas pareciam desviar do assunto.

Quando a primeira usuária terminou seu desenho, conversamos com algumas outras senhoras que estavam na fila para a farmácia, que se encontrava com falta de remédios. Tentamos introduzir o tema da arte e do cuidado, mas por estarem bastante revoltadas com a situação de abandono por parte do médico no dia, suas falas se centraram principalmente em reclamações acerca do CAPS [Diário de campo do segundo observador].

Nesse dia, registramos que muitos usuários enfrentam limitações monetárias para participarem de outras atividades do serviço, o que nos parece ser um importante marcador, também encontrado no estudo de Amorim e Severo (2019). Percebe-se que a questão de classe tem uma grande repercussão em como o usuário irá experienciar o CAPS, encontrando limitações no seu processo de cuidado. Muitos dos que ali conversamos dependiam de uma renda proporcionada pelo Estado ou pela ajuda de familiares, que muitas vezes não é suficiente para sua subsistência. E isso somado a fatores de deslocamento, pois muitos usuários moram muito longe da unidade.

Em geral, pude observar pelas falas que a noção de cuidado entre usuários e equipe é extremamente centrada no médico e na medicação, e o fato de ambos estarem em falta no dia dificultou bastante que chegássemos com atividades artísticas aos usuários. Creio que o médico dá essa ideia de amparo às pessoas, e ele não estar lá causa uma sensação de abandono e revolta. [...] Vejo que há potencial para mais atividades artísticas no CAPS, mas também acho que diversas questões estruturais dificultam que isso ocorra, que vão desde a visão biomédica sobre cuidado que é presente nele, quanto essas questões mais estruturais, pois não vejo como possível para alguém que tem que pagar quase vinte reais em passagem de ônibus para ir e voltar do CAPS se engajar em alguma atividade artística que ocorra lá com frequência” [Diário de campo do segundo observador, grifos da autora].

Na segunda sala de espera, essa também foi uma questão que apareceu:

Em geral, algo que senti ao longo da conversa é que apesar de ambas verem a arte como uma possibilidade de cuidado que seria benéfica, elas não tinham condições de se engajar mais nelas. Em casa, não havia quem ficasse com ela e faltava dinheiro para comprar materiais para desenho ou revistas, e no CAPS, por a filha morar longe e ser a única que pode trazê-la, é difícil elas terem um momento em que seja possível virem ao serviço, e acabam por vir somente nos dias de pegar receita médica [Diário de campo do segundo observador, grifos da autora]

Isso tudo nos fez lembrar de um usuário que atendemos em nossa época do estágio, que as vezes precisava decidir entre comer e ir ao CAPS realizar um atendimento conosco.

Ocasionalmente, ele chegava ao local, já no turno da tarde, sem ter se alimentado durante todo o dia.

Contextos como estes retratam uma grande vulnerabilidade social dos usuários, que foi adquirindo mais força nos últimos anos. Como nos informou a Profissional 2, os usuários do CAPS encontram-se, ultimamente, mais empobrecidas, sofrendo com o desemprego, ainda por efeito da pandemia. Depois disso, segundo ela, houve um grande aumento de pessoas que dependiam, exclusivamente, do SUS, porque tiveram, por exemplo, que cancelar o plano de saúde, já que não tinham mais condições financeiras ou mesmo trabalho, passando a ser atendidos pelo serviço público. Marcou-nos muito também a frase de uma usuária dita em um grupo que acompanhamos: “A gente precisa lutar pelo transporte, muita gente não vai [para os passeios] porque não tem dinheiro para a passagem.” [Usuária 3, registro em diário de campo, grifos da autora].

Como discorremos na segunda seção desta dissertação, a arte pode cumprir uma função terapêutica muito relevante na produção de um cuidado psicossocial, por ativar potências inventivas de subjetivação, bem como contribuir para produção de uma zona de comum em termos de sociabilidade. Todavia, hoje, os usuários não possuem acesso ao passe livre - assim como, muitas vezes, ao lanche, já que fomos informadas que nem mesmo isso estava sendo possível ofertar devidamente, ficando a cargo dos próprios profissionais desembolsarem dinheiro para comprar comida aos participantes - impede a produção de vínculos com o serviço, que é condição indispensável para se investir em modos de cuidar que usufruam de experiências artísticas.

Outrossim, chamou nossa atenção, também, as menções corriqueiras à "falta de tempo", que ouvíamos nas salas de espera. A maioria das pessoas que apontou para esse fator eram mulheres. Os depoimentos quase sempre permeavam seus inúmeros afazeres, como limpar a casa, cozinhar e cuidar dos filhos ou dos netos. Isso nos remete a algo que já havia

nos chamado a atenção durante nossa experiência no serviço desde a graduação, mas cujos motivos ainda não estavam totalmente claros: a presença marcante de homens nos grupos de arte. Isso em um serviço que, perceptivelmente, possui uma grande maioria de mulheres como usuárias.

Aproveitamos este ponto para abrir um parêntese para refletir sobre como o cenário que temos relatado tem prejudicado a adoção de um olhar interseccional no atendimento aos usuários e planejamento das práticas de cuidado. A partir de narrativas e observações feitas, pudemos perceber que os marcadores sociais dos sujeitos que chegavam ao serviço não era um aspecto levado em consideração. Em um momento que pretendíamos sondar o perfil dos usuários que eram atendidos no CAPS, não conseguimos obter uma informação precisa por parte dos trabalhadores.

Sempre que perguntávamos se e como o entrelaçamento entre desigualdades múltiplas a partir do reconhecimento de diferentes marcadores sociais (gênero, raça, etnia, classe, geração, orientação sexual etc.) era visto pela equipe na produção de cuidado e nos desafios enfrentados, inclusive naquele com arte, as respostas eram esvaziadas, com expressões confusas, demonstrando uma lacuna no conhecimento sobre essa questão, como exposto nos relatos a seguir: “Eu não vejo que a gente faz essa diferenciação entre as pessoas, não” [Profissional 7 em roda de conversa]; “Idade? Bem, os CAPS já são separados pela questão da idade, né?” [Profissional 3 em entrevista]; “Essa questão do território é complicada porque a gente não pode atender pessoas fora da nossa regional, não” [Profissional 4 em roda de conversa]. Em nossa conversação, a Profissional 1, também, comentou:

Então... assim, a gente tem brigado pra discutir essas questões e se preparar e colocá-las em pauta de uma forma mais efetiva, né? Eu me lembro que eu dizia assim: como é que eu vou cuidar da pessoa se a pessoa não tem o que comer? Como é que eu vou

no campo emocional, se a pessoa acorda e não tem um café com pão, não tem como focar. A pessoa vem com fome, a pessoa não sabe o que vai comer no dia, então eu não vou tratar essa pessoa antes de ela ser tratada de uma forma digna nos seus direitos básicos. Então, é fazer recorte econômico e social. Mas isso não é uma coisa, assim, ela é pensada como agravos em saúde de cada caso individual. Mas não, ela não é... eu não sei nem dizer o que é que ela não é, mas assim não é tão pauta.”

[Profissional 1].

Isso nos pareceu alarmante, diante de um contexto que, cotidianamente, recebe pacientes adultos, majoritariamente mulheres negras, de baixa renda e baixa escolaridade. Afinal, pensar em atenção psicossocial, como vimos em outras partes, é pensar na integralidade dos sujeitos e nos determinantes do processo de saúde-adoecimento. Mas, infelizmente, o que acontece cada vez mais dentro da lógica ambulatorial, medicamentosa e, principalmente, neoliberal da saúde que têm sido fortalecida é a privatização do sofrimento, como se o problema estivesse tão somente no indivíduo e não em toda uma estrutura que produz seu adoecimento, além de limitá-lo quanto ao acesso e adesão a modos de cuidar outros.

Isso nos leva, novamente, à questão da falta de capacitação e supervisão que infelizmente esses profissionais têm deixado de receber nos últimos anos. Outro motivo que merece relevo é a ausência de dados sobre esses aspectos, o que têm dificultado o trabalho da equipe em tecer tais análises.

É uma coisa que eu tenho dito muito assim sobre avaliação de saúde. Quais são os dados de saúde mental? Qual é? Quem é o nosso usuário? Quem é? É a mulher negra da periferia que ganha, que não ganha nem um salário-mínimo? Qual é o quantitativo?

Eu vejo muito, mas qual é o quantitativo? Eu não posso dizer que esse é o nosso perfil se eu tenho um quantitativo estatístico, quais são os indicadores. Quais são as síndromes mais prevalentes? Como é que eu vou criar uma política pública se eu não tenho indicadores de saúde, dados para trabalhar? Qual é o índice de jovens e transformação de gênero do meu território? Eu não sei. Quais são os índices de mulheres com grave sofrimento no território? Eu não sei. Quais são os índices de mulheres que sofreram pós-parto? Depressão pós-parto? Eu não sei. Eu não tenho dados nenhum para trabalhar. Eu trabalho no cotidiano, então talvez seja por isso mesmo. A gente faz avaliação em saúde de várias coisas, né? Pressão, diabetes, gestante. Mas a gente não faz na saúde mental. Não, não faz.” [Profissional 1, grifos da autora]

Dentro desse contexto, aproveitamos para apontar outro fator importante que aprofunda essa questão: o de que a grande maioria daqueles que compõem a equipe são brancos. Para entender melhor o porquê fazemos essa colocação, é necessário um empréstimo. Bento (2022) nos ajuda a pensar sobre o chamado de “pacto narcísico da branquitude”, sendo este um acordo silencioso e velado de autoproteção que a população branca compactua para perpetuar a ordem vigente, elaborando um conjunto de ações comuns com intuito de se afastar das suas próprias implicações na produção da realidade racista em que vivemos.

Seguindo a discussão proposta por Bento (2022), podemos pensar que dentro das instituições abertas de saúde mental, como qualquer outra organização, esse pacto se configura diretamente associado com a não responsabilização, a omissão e o não questionamento da branquitude e do racismo como fatores que afetam a saúde dos usuários, as relações ali produzidas, os processos de cuidado, entre outros. Isso faz com que cada vez

mais as pessoas negras se mantenham em um lugar subalternizado, já que não existem preocupações internas de fazer com que essa realidade mude.

Tomando o princípio da equidade do SUS como disparador, acreditamos que este é um importante analisador para se pensar a construção de cuidado, de modo a problematizá-lo nas peculiaridades daquilo que atravessa o contexto atual da saúde mental psicossocial e não o perder de vista para que seja possível repensar e potencializar as práticas nesse campo dentro das reais necessidades dos usuários. Lembremos que enquanto a igualdade se concentra na concessão dos mesmos direitos e oportunidades a todos, a equidade busca considerar as disparidades estruturais existentes entre as pessoas e atender à diversidade e diferenças sociais.

Como retratado, as práticas de cuidado no serviço, de modo geral, se encontravam bastante fragilizadas, assim como os profissionais e usuários. Olhando para esse contexto, percebemos que, apesar de algumas conquistas e dos esforços que estão sendo feitos pelos trabalhadores do CAPS para superar as forças contrárias ao modelo psicossocial, a situação continua preocupante, delicada e, para usar as palavras da Profissional 1, caótica. Com isso entramos em um aspecto que pensamos ser decisivo para a compreensão do contexto atual da reforma psiquiátrica: a despotencialização do coletivo.

É que, na experiência, identificamos em diversos momentos que a situação do CAPS tem reduzido bastante as possibilidades dos usuários de construir vínculo com o serviço, de se sentirem acolhidos. Em um momento de grande precariedade, sucateamento, desgaste das políticas sociais, fragilização da assistência e do trabalho, alta vulnerabilidade social e desamparo psíquico, entre outros fatores, os fluxos de cuidado psicossocial sofrem dificuldades para serem mantidos em cena, apesar do visível empenho da equipe.

Combinado a isso, há um contexto que sucede uma recente pandemia, em que, por quase dois anos, o acesso ao CAPS ficou muito limitado e as opções terapêuticas

severamente restritas; nesse processo, muitos usuários possivelmente se desarticularam entre si e com o serviço.

Em uma de nossas conversas informais, determinado usuário pediu nossa ajuda para mobilizar outros usuários para participarem de uma reunião geral dos conselhos dos CAPS do município. Nesse momento, ele começa a me contar sobre a desmobilização que sofrem esses espaços de participação social.

Ele [Usuário 2] parecia preocupado. Ele me conta no caminho para a parada de ônibus que os conselhos não estavam recebendo uma formação apropriada, que no ano passado sequer ocorreu. E a desse ano ocorreu de forma mal feita, segundo ele. Além disso, faltaram muitos conselheiros, marcando presença somente a regional IV e a regional II. Ele me relata, também, sobre a situação do CAPS AD IV, que estava centrado em uma perspectiva medicalocêntrica e ambulatorial, onde as pessoas somente queriam pegar remédio e ir embora, sem grupos em funcionamento. Pergunto a ele sobre sua análise a respeito de toda essa situação de esvaziamento, tanto dos grupos como dos espaços de luta coletiva, que tem atravessado os CAPS da cidade. Ele me afirma acreditar ser fruto da desmotivação, do conformismo e que os usuários não se sentem cuidados, o que não os leva a querer ir a esses serviços. Também fala sobre o possível medo de retaliação que as pessoas podem ter ao participarem desses espaços [Diário de Campo nº 18, grifos da autora].

Lembramos então que em nosso primeiro encontro, o Usuário 1 também havia nos informado, furiosamente, que a assembleia dos usuários estava com baixo engajamento. Dentro dos CAPS, este é um dispositivo grupal potente voltado principalmente para os usuários e familiares, mas também profissionais. Ele se constitui como um espaço aberto à

comunidade para a convivência e discussão de pautas que perpassam não apenas o cotidiano do CAPS, mas também da cidade e da sociedade em geral naquilo que tange a saúde mental, podendo se constituir, até mesmo, como espaço de cuidado (Junqueira et al., 2015).

Em outro momento, enquanto falávamos da luta antimanicomial no município, um profissional também relatou que, apesar da desarticulação desse movimento ser crônica, nos últimos anos isso tem ficado cada vez mais evidente, especialmente depois da pandemia, tanto por parte dos usuários como também dos profissionais.

O desinvestimento generalizado nestes espaços é algo que nos deixou aflitas, uma vez que resgatar a cidadania do sujeito em sofrimento psíquico e a implicação destes no cuidado, ligando-se também às noções e valores de participação popular, controle social e autonomia, continua sendo algo fundamental para a reforma psiquiátrica. Isso se reflete em como os processos de cuidado serão construídos, que deveriam ser uma criação coletiva, de relações horizontais, e com uma efetiva participação dos usuários e familiares. Defendemos que a valorização desses espaços é uma condição necessária para melhorar o acesso, a participação, a qualidade e a equidade no campo da saúde mental.

Assim, vemos esses acontecimentos como analisadores pertinentes para se pensar o contexto atual da reforma psiquiátrica e que, como veremos mais à frente, irão afetar diretamente o cuidado pela arte no serviço (mas, também, abri-la para novos horizontes). Todo esse cenário se apresenta para nós como uma carência no agenciamento de afetos para produzir vínculos, dificultando, por conseguinte, a pactuação para um projeto de cuidado que se faz nas relações que emergem no encontro.

Neste estudo, defendemos a concepção de reforma psiquiátrica como um movimento para além da reorganização de serviços. Isto é, como um “processo social complexo que engendra um processo civilizador”, conforme situa Yasui (2010, p. 173), no qual toma-se o diálogo, a convivência e o profundo respeito às diferenças como valores estruturantes. Assim,

ao buscar inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, ela implica transformar as mentalidades, os hábitos e os costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, buscando constituir uma ética de respeito à diferença (Yasui, 2010).

Entendemos, assim, que a reforma psiquiátrica não se efetiva apenas pela força das leis, portarias e diretrizes aprovadas. O que ela precisa vencer são as enraizadas marcas que o manicômio deixou em nossa sociedade, marcas estas que parecem ter se acentuado nos últimos anos, deixando novos rastros.

O que fica evidente, para nós, é que este serviço não tem vivido um processo de precarização isolado de um contexto macro que resulta em efeitos perigosos para a reforma psiquiátrica como um todo. E, por isso mesmo, é preciso termos cuidado para que não sejamos capturados pela lógica do conformismo. Se estamos em uma crise ou não, se estamos avançando ou retrocedendo, é imperativo que sejam criados caminhos para o agir e resistir frente aos desafios que ainda se fazem presentes, somados aos efeitos danosos que seis meses de obras, no caso específico deste CAPS, deixaram nas relações e nos processos de trabalho do serviço.

Cadê a arte que estava aqui?

Assim que pus meus pés na entrada no CAPS, algo me chamou a atenção: a ausência das pinturas que antes estampavam os muros da fachada. Na minha primeira visita ao equipamento, elas foram minha primeira saudação, um convite visual que me acolheu. Onde estavam elas? [Diário de campo nº1]

Quanto ao cuidado produzido através da arte, o primeiro aspecto que nos chamou a atenção foi o fato de que essas atividades estavam bastante esvaziadas. Não era incomum

também encontrar usuários que frequentavam mais de um grupo ou atividade, de modo que os mesmos rostos se repetiam nesses cenários, o que foi para nós um motivo de grande preocupação durante toda a pesquisa.

Cheguei ao local um pouco atrasada, pois havia pegado o ônibus errado. Mas felizmente o filme ainda não havia começado, de modo que consegui falar com as pessoas presentes. Assim que entrei, percebi que eu conhecia quase todos que estavam ali presentes, pois eram quase as mesmas pessoas que participavam dos grupos que eu estava acompanhando. Este evento, que era aberto para todos, não conseguiu atrair uma diversidade significativa de pessoas. A ausência de novos rostos contrastou fortemente com a minha expectativa de uma participação mais ampla, algo que não estava acontecendo nos grupos [Diário de campo, nº 20]

E esta não é uma observação feita somente por nós. Durante a roda de conversa, uma profissional também compartilha:

Eu sei que é complicado porque cada um tem a particularidade do seu trabalho, do seu diagnóstico, mas é uma coisa que eu até comentei com uma colega esses dias, ali na foto do cinema. Eu acho massa essas coisas que vocês fazem, eu nunca tinha visto na vida esses passeios. Isso era coisa que nem fazia parte da minha realidade [...] Mas são sempre os mesmos pacientes nesses passeios, eu sinto falta... eu acho que vocês têm tanta potência de captar [...] Eu sempre vejo os mesmos usuários, as mesmas carinhas [...] Eu sei que é difícil, mas sempre que eu vejo esses movimentos é sempre as mesmas carinhas. Eu vejo tanto paciente aqui, e foi outro comentário que fiz também: eu vejo vários pacientes, que entram e saem desse CAPS todo santo dia, mas

que eles não tão nessas coisas, nesses movimentos. Eu vejo eles todos os dias, mas eles não vão, sabe? [Profissional 8, grifos da autora]

Paradoxalmente, nas intervenções de sala de espera, principalmente na última, em que levamos dois usuários para falar sobre suas experiências com o cuidar pela arte no serviço, havia um número considerável de pessoas que se mostraram interessadas nessas atividades. Elas nos perguntavam como faziam para entrar algum grupo, anotavam os dias que aconteciam e tiravam outras dúvidas. Muitas delas chegaram a nos perguntar por que elas não ficavam sabendo dessas ações, principalmente quando o assunto eram os passeios e ações culturais. O que estava impedindo essas pessoas de acessarem tais atividades?

Em que se considere as já mencionadas faltas de tempo e de recursos financeiros, dificuldades de deslocamento e desmobilização trazidas na seção anterior, assim como o fator da própria reforma, existem outras questões que consideramos importantes discorrer aqui. Conforme percebemos em nossas visitas e algumas narrativas, os convites para esses passeios são feitos majoritariamente nos grupos de *whatsapp* daqueles que atuam com arte e/ou durante as atividades desses grupos, o que acaba excluindo muitas pessoas, tanto porque não fazem parte desses círculos ou porque muitas não têm telefone celular. Percebemos que a única divulgação feita do evento no cineteatro, por exemplo, foi em um papel quase imperceptível colado na porta de coordenação e na recepção.

Para os profissionais, no entanto, eles consideram que a despotencialização da arte tem ocorrido por questões como a reforma, a carência de recursos e a falta de autonomia dos usuários, como mostram as falas a seguir:

[...] Ela [a arte] vem e vai. Por vezes tá potente, por vezes não tá. Ela tá dentro desse processo, extremamente sucateada, vista como menor, principalmente quando tem um

avanço do modo manicomial. Então, ela sobrevive. Às vezes ela se amplia e muitas vezes se reduz. Eu acho que, hoje, principalmente no contexto de reforma do CAPS e tudo, ela deu uma reduzida” [Profissional 1 em entrevista, grifos da autora].

Isso tem a ver com a autonomia, não são todos que têm autonomia, porque nesses passeios eles têm que ir por conta própria. Quando a gente tinha condição, a gente conseguia lotar um ônibus, eles vinham para cá e a gente lotava um ônibus e a gente ia. A gente tinha esse recurso. Com o transporte fica bem mais fácil [Profissional 4 em roda de conversa, grifos da autora].

Sobre isso, a Profissional 2 nos informa que o sucateamento da arte nos CAPS foi ficando progressivamente pior nas últimas gestões, em detrimento de um olhar cada vez mais biológico para a construção de cuidado, como já mencionado. Também foi declarado por outra trabalhadora que, antes da pandemia, havia um calendário mensal com ações culturais planejadas para todo o semestre, tendo como recurso para isso um ônibus disponibilizado pela prefeitura, que foi descontinuado por conta das restrições que o contexto impunha. Desde então, nunca conseguiram de volta.

Como resultado de todo esse cenário, percebemos a arte no cuidar, pelo menos naquele momento, estava com suas possibilidades muito reduzidas, o que converge com a percepção de alguns profissionais:

[...] É porque hoje em dia a gente faz pouca, têm poucas experiências. Esse é um impacto. Poucas experiências, por exemplo, com tinta, com aquarela, entendeu? Então eu tô talvez aqui lembrando de experiências limitadas, né? [Fala da Profissional 8 em entrevista, grifos da autora].

Isso nos remete também ao depoimento de um usuário, onde aborda a importância do fazer artístico para o seu processo, mas ressalta: “Eu me sinto muito limitado. Posso fazer mais do que rabiscos. Eu posso fazer uma exposição, uma palestra!” [Usuário 4, fala registrada em diário de campo]. Relatos como esses apontam um cenário preocupante em relação à construção de cuidados pela arte no CAPS.

Ainda, na restituição final com os usuários, presenciamos uma cena em que esse mesmo usuário apontou para um slide que apresentamos que destacava “desconhecimento da sua potência” para fazer referência à arte no serviço e ele diz que é assim que ele, apesar de gostar das atividades, se sentia: “O pessoal não conhece a potência da gente” [Usuário 4, fala registrada em diário de campo nº 22].

Ele continua seu discurso afirmando que se vê como se estivesse no jardim da infância. Ficamos um tanto impactadas com esse conjunto de falas, pois denotam um sentimento de que as práticas artísticas estariam atuando dentro da lógica assistencialista. Sua narrativa sugere que existe muito mais potencial tanto na arte quanto neles, como artistas, que poderia ser explorado. Ainda, ele considera que as atividades mais esvaziadas seriam, segundo suas palavras, por conta da “falta de objetivos”, de um projeto terapêutico.

E é fato que o CAPS precisa de melhores condições, recursos e infraestrutura, além de espaços adequados para a realização de atividades com arte mais significativas e potentes, de modo a ser preciso nos posicionar e não aceitarmos passivamente a precarização ou inadequações que prejudiquem a construção de processos de cuidado, sejam com arte ou não, no serviço. Mas a percepção desse participante destaca a importância de repensar as estratégias de cuidado produzidas com e pela arte como eixo. Ele sugere, por exemplo, que os filmes não devem servir para mero entretenimento, mas que podem ajudá-los a aprender,

discutir e resgatar sua história, raízes e outras questões pertinentes, sendo isso também promover saúde mental.

Diante do cenário que vivemos, consideramos pertinente pensar e apostar em práticas de cuidado com arte outras. O que tem sido produzido efetivamente? Esse cuidado está dando conta das demandas dos usuários? É reconhecida a existência de um sofrimento existencial que advém dos marcadores da diferença e suas interseccionalidades? Tem sido feita essa análise quando as intervenções são propostas?

Um outro coeficiente que merece destaque foi a dificuldade que tivemos para acessar os grupos artístico-terapêuticos. E isso não por causa dos atores envolvidos, que se mostraram abertos a nos receber, mas sim porque muitas vezes os encontros sequer ocorreram, sendo muitas vezes cancelados, por razões variadas. Na medida que o tempo ia passando, íamos nos sentindo cada vez mais apreensivas e frustradas em não conseguir ingressar nos grupos, já que cartografá-los era um de nossos objetivos específicos.

Também nos preocupou em relação aos poucos usuários que ainda permaneciam nos grupos, que estavam tendo sua assistência descontinuada. Perguntamo-nos a todo momento se isso não dificultava ainda mais a vinculação dos usuários com o serviço, cujo desgaste já era aparente.

Além desse fator, muitas profissionais trouxeram à tona questões sobre a carência, na atualidade, de formações no trabalho com arte, algo que costumava acontecer nos primeiros anos de reforma psiquiátrica no município, principalmente através do Projeto Arte e Saúde, que foi executado durante sete anos (2006-2012), mas, infelizmente, nunca efetivado em forma de lei. Com a sua descontinuação, devido a mudança de gestão, e a alta rotatividade de profissionais nos CAPS, quase nenhum profissional que passou por tais capacitações está presente hoje na rede, o que termina por minar sutilmente a produção de cuidados por meio da arte.

Então, hoje, se eu for levar o recorte hoje, né? É zero. Não tem supervisão, não tem um curso para gente na área, não tem ninguém levantando essa bandeira. A gente trabalha, porque um dia nós fomos formados para trabalhar com o dispositivo arte. Então a gente entende a importância, eu entendo essa importância. Então, existe uma tradição ali de grupos, né? Primeiro de trabalhar com grupos, depois de trabalhar com grupos de arteterapia. Por quê? Porque muita gente ali passou por essa formação. Quem chegou não tem essa formação. Mas não significa que não trabalhe com grupos, né? Mas também não trabalha com essa pegada da arte como dispositivo de cuidado; entendendo uma ação cultural, entendendo essa questão dos passeios. Então, hoje toda essa questão aí... Um dia existia um processo para a gente começar a fazer isso, né? Entendendo que existia a necessidade de apropriação cultural da cidade, dos espaços, do território. Então a gente, declaradamente, as rodas, se levava isso, entende? Se conversava sobre isso, o que era uma proposta, porque era uma proposta institucional e era uma proposta de gestão. Isso faz toda a diferença, porque vinha material da gestão maior para gente. Vinha cursos, vinham oficinas, vinham pessoas de fora, vinha material para ler. Entende? [Fala da Profissional 8 em entrevista, grifos da autora].

Segundo narrativas das nossas entrevistadas, isso impacta diretamente na inserção da arte nas práticas do serviço e relação que a equipe estabelece com esse dispositivo:

Então, hoje eu entendo que tem parte da equipe que entende essa, essa importância e uma outra parte que não entende. A outra parte que não entende, não se opõe, né? O que é uma coisa boa, mas também assim não, não se aplica. Acha legal, né? Mas

precisam de um tempo também. Eu acho que não era para entender ali, mas no fundo... assim, hoje em dia aquela configuração de pessoas, elas acabam também sendo contaminadas positivamente, né, pelas propostas [Profissional 8 em entrevista, grifos da autora]

Eu vejo que quem, quem tem a formação e já sabe trabalhar com isso trabalha e não tem nenhum impedimento, entende? Mas também a gente não tem, a gente não tem uma logística que nos ajude [Profissional 8 em entrevista, grifos da autora]

[..] no CAPS, o que eu acho que tem muita abertura para a arte. Eles entendem que é muito bom para as pessoas, né? Para os usuários, porque eles veem que os usuários se sentem mais potentes, eles se expressam mais e melhor. Eles ficam mais ativos, né? Mais independentes, digamos assim. Mais ativos, caminhando e falando mais e melhor. A partir dessas experiências, então, a equipe entende isso. Então ela banca isso também. Mas ao mesmo tempo, eu acho que tem uma contradição interna do foco na medicação, de a medicação ser muito importante. Então, eu acho que eles flertam entre um campo e outro. O medicamento. Ele é um carro chefe. Essas outras coisas seriam secundárias. Então entende que essas coisas secundárias são importantes. Então eles apoiam, estão junto e tal. Mas a medicação... precisa de uma contenção. Então assim, era muito absurdo eu dizer que alguns usuários que eu acompanhava, graves, se recusavam a fazer o uso de psicotrópicos. Terapêuticas que excluía a farmacológica. Era inadmissível: “Como assim? Tem usuário que não quer usar?!” [Profissional 1 em entrevista, grifos da autora]

Durante os meses em que circulamos no campo, tivemos a oportunidade de escutar também trabalhadores que não atuam diretamente com a arte e ouvimos deles comentários que apontavam, de modo consensual, a falta de capacitação como um dos principais empecilhos que os impediam de se aventurarem neste dispositivo, apesar de se interessarem e entenderem a importância. Nas falas desses participantes, a arte era concebida comumente como uma “ferramenta” ou “instrumento”, e em certa ocasião como um “detalhe”. Percebe-se com isso que há uma concepção consistente entre eles sobre o uso da arte como recurso auxiliar nos processos clínicos, dentro de uma apropriação vertical.

No geral, identificou-se que a arte é reconhecida como algo importante para esses trabalhadores, mas quase nunca é bem definido por eles qual seria essa importância, como também visto no estudo de Tavares (2003). Isso gera uma reflexão sobre a falta que faz projetos como o Arte e Saúde, por meio do qual se desejava “criar condições de possibilidades para a invenção desta multiplicidade de modo a criar rupturas, fissuras e desestabilizações no campo das práticas em saúde mental, a partir da criação de dispositivos estéticos” (Severo Júnior, 2023, p. 4). Dentro disso, promovia-se discussões, através de experiências de formação e supervisão, que problematizavam, entre outras coisas, o lugar instrumental da arte.

Já entre os usuários, foi interessante perceber que aqueles com quem conversamos na sala de espera concebiam a arte de maneira bastante reducionista, apenas como meio de distrair, de passar o tempo ou de “ocupar a mente”, partindo, portanto, de uma função recreativa. Em contrapartida, os participantes dos grupos artístico-terapêuticos, no geral, costumavam trazer uma concepção mais ampliada e variada, descrevendo-a como um meio de expressão, de criação, de integração e/ou de socialização.

Fiquei muito impressionada com ele, uma figura tão tímida, falando de forma tão animada aquele jeito sobre suas experiências. Ele gesticulava e andava de um lado para o outro na recepção, ressaltando a importância da arte para a sua vida e saúde. O impressionante é que muitas pessoas pararam para prestar atenção no discurso dele, o que não estava sendo comum nas intervenções anteriores. Ele trouxe sobre os vínculos que criou, os lugares que visitou e mais ainda sobre a importância da arte para a construção de outras possibilidades de vida. Citou, então, a experiência de outro usuário, que havia se tornado artista no CAPS. O outro convidado, que já havia sido internado várias vezes ao longo da vida, também ressaltou a importância que a arte teve para o seu processo de construção de autonomia, expressão e socialização [Diário de campo nº 24].

Outro ponto a ser destacado que ganhou relevo em nosso percurso de pesquisa são as diferentes perspectivas e sentidos que a arte pode ter para os profissionais que trabalham com esse dispositivo, pois assim como aponta uma profissional, há várias formas de se trabalhar com a arte na saúde mental, e fomos percebendo que, dentro daquele CAPS, isso não era diferente. Dependendo da sua formação e das suas experiências anteriores, cada profissional entendia a arte de um modo diferente e, por consequência, desenvolvia um modo de trabalhar próprio. Diante disso, a arte era considerada desde um meio de expressão e de acessar novas experiências, como até algo sem utilidade¹².

Ao considerarmos isso, surge uma inquietante reflexão. A variação na compreensão das conexões entre arte e saúde mental entre os profissionais, embora represente uma riqueza de visões, também pode gerar certos desafios na construção de um espaço terapêutico

¹² De acordo com a profissional que assim a definiu, dizer que a arte não tem utilidade, equivale dizer que não podemos instrumentalizá-la e determiná-la uma função.

alinhado com as perspectivas da reforma psiquiátrica, coerente com as reais necessidades dos usuários e que escape, também, ao risco de reduzir um dos termos ao outro. Entendendo a arte como um campo do saber, é preciso criar estratégias que permitam não só a instrução, visando um trabalho qualificado, mas também o compartilhamento contínuo e consistente dos sentidos das práticas situadas na interface arte e saúde mental e sua avaliação, nas equipes de trabalho e no processo de elaboração dos projetos terapêuticos, o que não parecia estar acontecendo.

Fora isso, quando pensamos em tudo que trouxemos até agora, neste tópico, com vistas a discutir sobre a arte nos CAPS, uma pergunta surge como fundamental: onde está o CECO do município?

Me faz pensar o quanto faz falta um Centro de Convivência, né? [Todos concordam].

Uma falha na rede muito grande! [Profissional 9 em roda de conversa].

Sobre isso, uma trabalhadora nos trouxe uma valiosa informação de que o Projeto Arte e Saúde seria um primeiro passo para a posterior criação de um CECO em Fortaleza, o que, no entanto, nunca ocorreu. Como já tratamos, a inexistência desse dispositivo na cidade, além de enfraquecer a produção de cuidado por vias não medicamentosas, como a arte, dificulta a construção de uma resistência na própria reforma psiquiátrica.

Contudo, concordamos também com a afirmação de uma profissional de que não faltam lugares culturais para visitar no espaço aberto da cidade. É preciso, no momento, não só prosseguir com a luta pelos CECOs, de modo a potencializar a rede, assim como pela volta do transporte e outros recursos, mas também criar estratégias mais eficazes para envolver os usuários para essas atividades, dado todos os problemas que foram aqui apontados. É importante ressaltar, pois, que ter um CECO no município e vivenciar a cidade não são coisas

excludentes, mas, ao contrário, este primeiro poderia se configurar como mais um ponto na rede de acolhimento para as pessoas.

No mais, é imprescindível não somente criar estratégias para o fomento de atividades com arte junto aos usuários, mas de recolocar a questão da arte como fundamento nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e na própria formação dos profissionais, levando em consideração as novas problemáticas que são colocadas para a reforma e para as práticas artísticas neste contexto, como a necessidade urgente de fortalecer um olhar interseccional na produção de cuidados. Afinal, como abordam Alverga e Dimenstein (2006), não basta apenas tirar os muros do serviço, mas produzir também uma cidade e sociedade abertas à diferença e, para isso, é preciso hoje atualizar o paradigma da desinstitucionalização visando resistir aos desafios apresentados no contemporâneo.

Procurando pelos vagalumes

Para Rolnik (2006b, p. 6), “a cartografia é um método com dupla função: detectar a paisagem, seus acidentes, suas mutações e, ao mesmo tempo, criar vias de passagem através deles”. E, até aqui, consideramos que a nossa viagem, ainda, se localiza neste primeiro movimento. Todavia, estamos aqui sobretudo para extrapolá-lo.

Como afirmam Guattari e Rolnik (1996), o objetivo da cartografia não é revelar os sentidos, mas criá-los a partir de um movimento de ressignificação. Nosso desafio, portanto, é ir além do instituído. É necessário surfar sobre os movimentos de êxodo, as entrelinhas. Aqui, podemos voltar à nossa indagação central: o que tem sido possível para a arte diante de tudo isso?

Diz Didi-Huberman (2011) que vivemos hoje tão cercados de promessas catastróficas que muitas vezes acabamos não percebendo os pequenos vagalumes que sobrevivem. Este é, ao nosso ver, um convite: precisamos ampliar nossa visão, atentando-nos às aberturas, às

fugas, aos possíveis. Esses lampejos inventivos, que se dão nos movimentos micropolíticos, instauram outros modos de existência que fogem dos holofotes, sendo o nosso desejo cartografá-los.

*Primeiro rastro: a arte como dispositivo para os que operam no “olho do furacão”
antimanicomial*

A tragédia de viver existe sim e nós a sentimos. Mas isso não impede que tenhamos uma profunda aproximação da alegria com essa vida (Lispector, 1998b, p. 95).

Em nossa primeira visita ao campo, pelo menos academicamente falando, acompanhamos uma reunião de equipe a fim de nos apresentar e falar um pouco da proposta da pesquisa, como dissemos na seção precedente. Nesse momento, foi anunciado por um profissional a composição de um novo grupo artístico-terapêutico, a iniciar no mês seguinte. Durante quase toda a reunião, os trabalhadores relataram as condições precárias de trabalho que todos enfrentavam e, talvez por isso, um outro profissional, ao ouvir tal anúncio, se prontificou: “E vocês ainda ficam propondo grupo, não entendo!” [Fala registrada em diário de campo nº1].

Essa declaração nos deixou profundamente reflexivas. Como, realmente, diante de todas aquelas condições adversas que produziam efeitos perniciosos no trabalho, neste caso, daquele com arte, tantos profissionais da equipe continuavam a abraçar esse dispositivo em suas práticas? Por que, apesar de todo o visível esgotamento e precarização que os atravessava, tais profissionais persistiam em se inventar e reinventar para criar estratégias de cuidado com arte?

Esse acontecimento nos direcionou a algumas lembranças de nossas parcerias anteriores com o CAPS, em que tivemos a oportunidade de acompanhar o trabalho com arte desempenhado por duas profissionais, a partir de dois grupos. Já que não podíamos nos encontrar presencialmente em virtude das restrições impostas pela pandemia, tais atividades aconteciam em ambiente virtual. Para as profissionais, não foi dado qualquer tipo de recurso. Ao mesmo tempo, sofriam com a pressão para produtividade, a sobrecarga de trabalho e outros tantos problemas que direcionavam o serviço a práticas medicalizantes e ambulatoriais.

E, no entanto, lá estavam elas, sustentando a composição daqueles espaços de cuidado mesmo em condições tão difíceis. Do mesmo modo, no momento presente, diante de toda a política de despotencialização que o contexto impunha, uma significativa parte da equipe continuava a apostar nas experiências artísticas em seus trabalhos.

Do habitar aquele território, acompanhando seus movimentos e tecendo conversas com os sujeitos que ali circulam, fomos construindo algumas pistas para pensar esse ponto. Um analisador que merece destaque é o clima mais descontraído que contagiava os profissionais durante atividades que envolviam a arte, diferentemente de outras situações mais restritas à manutenção da rotina institucional.

Acreditamos que esse foi um dos primeiros aspectos que nos invadiu. É que, porventura, é esperado que em um lugar como um CAPS, ou qualquer outro serviço de saúde mental, seja carregado de afetos tristes não só por parte dos usuários, mas também dos próprios trabalhadores, expressos nas tão relatadas sensações de impotência, exaustão e esgotamento que ouvimos ao longo do processo.

E, de fato, muito do que vimos, a partir de nossas visitas e conversas, são manifestações de mal-estar, preocupações e dificuldades que se repetiam entre muitos

trabalhadores. Vimos que as reuniões, mesmo que produtivas, podiam ser desgastantes e estressantes, além de contaminadas por certo desânimo.

Ora, Merhy (2013) fala que trabalhadores que nadam na contracorrente do fluxo de controle das lógicas hegemônicas de produzir saúde mental só podem mesmo estar no “olho do furacão” antimanicomial, em posição oposta à tranquilidade e à estabilidade. E isso sem contar todo o contexto de retrocessos, desmontes e ataques vividos nos últimos tempos, que têm colocado tais profissionais em situações ainda mais delicadas ao se depararem, por exemplo, com a perda daquilo que era dado como conquistado, o que pode gerar aniquilamento das forças, desencanto.

Mas, muitas vezes, encontramos ali, também, trabalhadores alegres. Sim, embora nunca seja fácil, a alegria também circunda aquele espaço. Ao mesmo tempo que está em cena o “caos”, palavra que tantas vezes foi utilizada pelos participantes para caracterizar o CAPS, é possível encontrar nos bastidores os caminhos alternativos, as saídas, os desvios, outras relações sendo tecidas.

Há experimentações, tramadas nas micropolíticas, que apontam para a emergência de outras formas de se relacionar com o trabalho em saúde mental que tornam, talvez, as condições cotidianas mais possíveis. Para entender aonde queremos chegar, compartilhamos ao longo dessa seção alguns depoimentos de profissionais que atuam com a arte no serviço.

[...] Porque é assim o meu jeito de sentir que eu estou viva naquele território do caos. Porque senão é como se eu fosse um desses, desses profissionais que se critica, o servidor público que vai lá, bate ponto, volta, bate com a porta e morreu ali, morreu nessa repetição [Profissional 8 em entrevista].

A fala da participante nos indica a produção de cuidados através da arte como uma espécie de estratégia para sustentar-se no olho do furacão, um respiro, um modo de se vivificar diante das adversidades enfrentadas. Talvez porque assim encontraram, por meio do cuidado pela arte, um modo de trabalhar mais sustentável, com melhores condições desejantes para si, que também vimos e ouvimos muitas vezes relatos de alegria e prazer vindo desses profissionais.

Com Merhy (2013) também aprendemos que a chave para o agir antimanicomial é um corpo alegre, que produz vida em si e para si. Afinal, a alegria, sendo “tudo o que consiste em preencher uma potência” (Deleuze, 1994, p. 48), é o que eleva a nossa energia vital e torna possível a construção de uma rede pulsante, intensiva e desejante, capaz de desdobrar em mais vida, disposição e autonomia, neste caso, para os trabalhadores e, em consequência, para os usuários: “(...) só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros. Ou, pelo menos, instigá-los a isso” (Merhy, 2013, p. 182).

Ao afirmar isso, não pretendemos romantizar o trabalho em saúde mental, pois entendemos que a alegria não faz sumir dificuldades relatadas. Mas nem por isso ela é dispensável. Apostamos, pois, que ela é um aspecto importante para aumentar a nossa potência de agir; para sustentar, portanto, uma força de resistência, de não passividade. E com resistência não nos referimos a uma mera oposição, mas sim em termos de forças ativas, de criação e vida. “Criar é resistir efetivamente”, num movimento de “libertação da vida” (Deleuze, 1994, p. 81).

Esse aspecto nos chama atenção porque acreditamos que o cuidado não se sustenta por muito tempo com as energias dizimadas sem perpetuar, seja para si ou para o outro, as mesmas formas de cuidado manicomial que se pretende ultrapassar (Almeida & Merhy, 2020). Não à toa, testemunhamos muitos usuários não se sentindo acolhidos e escutados

pelos profissionais, mesmo perante os esforços da equipe. Por isso, tomamos a alegria como analisador, porque acreditamos que ela é uma necessidade ética para uma reforma psiquiátrica sustentável em sua micropolítica (Merhy, 2013).

Se o cotidiano dos trabalhadores da saúde mental é sistematicamente infestado por desafios e afetos tristes, que se fazem presentes nos vários campos da vida no contemporâneo, de modo a fragilizar a luta contra os manicômios, é preciso mais do que nunca da alegria e dos afetos alegres como princípio estratégico para a resistência. Uma tarefa política urgente, para nos tornarmos capazes de encontrar brechas de vida, sensibilidade e encanto no que parece um terreno seco e endurecido.

Invocar a alegria no horror é, segundo Deleuze (2005), uma característica dos revolucionários. Alegria esta que se volta, cabe lembrar, para lutar contra aquilo que sufoca a vida e nunca para sua destruição. De outro modo, corremos o risco de cairmos nas armadilhas das forças reativas, do conformismo, do pessimismo e da repetição do mesmo. E daí não nos resta mais nada a não ser nos tornar máquinas utilitárias, em que no máximo vivemos de apagar incêndios causados pelas investidas manicomiais sobre nós, esgotados de combustível para desencadear processos inventivos. Dentro disso, nos juntamos a Simas e Rufino (2020, p. 15) para indagar: “Como responder com vida a um sistema de desencanto?” Como investir, então, em processos desejanter? Como desinterditá-los?

No estudo, tivemos a oportunidade de experimentar a alegria junto a nossos participantes e pensado que, como possibilidade, pode-se instituir no fazer cotidiano do CAPS arranjos perpassados pela arte que permitam a equipe amenizar, nem que seja minimamente, os afetos tristes que são ali produzidos. Arranjos que lhes tragam alegria e alívio produtivo (Merhy, 2013), que os potencializem frente às situações do dia a dia que lhes consomem vida, aumentando a sua aptidão de deixar-se ser afetado. Não seria este, afinal, um ingrediente essencial para a produção de cuidados libertários?

Eu amo o trabalho que eu faço. Eu odeio a perseguição do ponto, por exemplo, entendeu? Eu detesto um bocado de coisas que tem, que acontecem, essas forças contrárias que ficam minando. Detesto. E eu adoro estar no grupo. Adoro. É o que me move. A arte ela move, me move, tá certo? E a arte é o que me ajuda a estar há tanto tempo nesse serviço. Porque por mais que as coisas estejam assim, eu tenho a arte na minha vida” [Profissional 2 em entrevista].

Depoimentos como esse aparecem insistentemente em quase todas as falas daqueles que experimentam a arte de alguma forma no cotidiano do serviço. Isso nos força a pensar o quanto falamos da importância dessas ações para os usuários, mas dificilmente pensamos no que ela pode propiciar para a equipe, tanto que muitos participantes se mostravam surpresos quando tecíamos perguntas a eles sobre isso.

No entanto, o que testemunhamos é que a arte, mostrando sua força política, muitas vezes dá força para esses trabalhadores atravessarem os desafios inerentes ao trabalho em saúde mental ou, até mesmo, para retirá-los de estados de letargia.

A arte, como um alimento de viver, é alimento da saúde. Ela amplia a minha perspectiva de saúde. Então, se eu estou distante dessas práticas, é o mais distante que eu estou da minha saúde. Então se eu entendo isso para mim, entendo para todos os seres humanos [Profissional 1 em entrevista].

Diz Foucault (2006) que, nos tempos atuais, as pessoas, de uma maneira geral, estão tão imersas numa rotina imposta pelo capital que esquecem da importância de investir no cuidado consigo mesmas e isso é o que muitas vezes temos visto na saúde mental. Durante a

roda de conversações, uma profissional nos contou que os passeios do CAPS, muitas vezes, a fazem olhar para si e perceber há quanto tempo ela mesma não se permite esse cuidado, de ir ao cinema ou a uma exposição de arte, embora defenda e apoie a importância que isso tem para a saúde dos usuários, movimento reflexivo este que também foi partilhado por outra profissional.

É válido ressaltar que ao falar de cuidado de si não estamos de modo algum nos referindo a um “cuida-te de ti mesmo”, provindo de racionalidade neoliberal, mas sim enfatizando uma atitude, uma forma de estar no mundo que se dá através de práticas emancipatórias de transformação de si (Foucault, 2006). Trata-se sempre de encorajar a construção de estratégias que nos levem a modos de existir menos dominados, numa busca de autonomia frente aos biopoderes. Por isso, achamos oportuno resgatar as inquietações foucaultianas para afirmar a necessidade transgressora de reservarmos mais tempo para o usufruir de uma “relação consigo que nos permita resistir, furtar-nos, fazer a vida ou a morte voltarem-se contra o poder” (Deleuze, 2008, p. 123).

De todo modo, observamos que a arte tem emergido, de alguma forma, como uma poderosa tecnologia para aumento da potência de agir dos cuidadores que a experimentam. Podemos refletir sobre isso a partir da narrativa de uma profissional que não trabalha com a arte, mas que, ao observar o trabalho de seus colegas, diz: “Eu vejo o quanto isso faz diferença, tanto na vida pessoal e profissional quanto no atendimento das pessoas” [Profissional 9 em roda de conversa].

Para nós, isso levanta questões cruciais sobre como as instituições de saúde mental podem investir nessas práticas, reconhecendo-as como fundamentais para a saúde não só dos usuários, mas também dos profissionais. Pode-se pensá-la, a partir disso, como estratégia possível de desinterditar ou potencializar processos desejantes, como produtora de um

circuito de energia intensiva que pode ser experienciada nas relações cotidianas, contagiando a todos.

Salientamos que era de nosso desejo experimentar a arte junto aos profissionais nesse sentido, especialmente por ter sido algo demandado por eles, mas, infelizmente, o contexto das obras no serviço tornou inviável o nosso planejamento, de modo que foi preciso desviar em direção a uma roda de conversa. Contudo, podemos ver nesse pedido, mais do que uma manifestação do sofrimento experienciado pela equipe, uma indicação de que eles próprios encontram nas experiências artísticas uma possibilidade de serem cuidados naquele espaço.

Em momentos atravessados por esse dispositivo, seja por meio de visitas a galerias, participação em grupos ou outras experiências similares, presenciamos profissionais muito mais fluidos, abertos, alegres e desejantes, mesmo em meio às adversidades, que não se tornam mais fáceis ou param de existir. Diante disso, em vários momentos, no encadeamento com essas experiências, percebemos em nosso próprio corpo, também, os mesmos movimentos de alegria e prazer, resgatando aquilo que impulsionou o nosso encantamento pela arte nas práticas de cuidado.

Chamou-nos a atenção, no entanto, perceber que nem todos os profissionais podem ou se permitem usufruir de momentos e práticas como essas, pois ficou registrado que ainda há uma dinâmica institucional que separa o modo de cuidar biológico e do artístico, impedindo alguns trabalhadores, mesmo que desejem, de ocuparem determinados espaços junto aos usuários, como os passeios culturais.

Ficamos pensando nos profissionais da farmácia, enfermagem e da psiquiatria, por exemplo. Como integrar esses profissionais em arranjos atravessados pela arte? Como superar ou, pelo menos, flexibilizar a barreira institucional que perpetua esses papéis profissionais? Por que não pensar na arte como possibilidade de “desencapsulá-los”, tirá-los de suas salas e lugares fixos? Tal discussão foi resgatada na restituição com a equipe, que

concordou sobre essa necessidade, como uma forma, também, de compartilhar com esses profissionais momentos de alívio no ambiente de trabalho.

Talvez esse possa ser um passo fundamental, ou pelo menos um dos caminhos possíveis, para a produção de fissuras em uma cultura institucional regida por estagnações e afetos tristes, para torná-la cheio de vida intensiva e inventiva, transformando o CAPS num lugar de cuidado em si para todos que ali circulam. E não só de cuidado, mas também de reabilitação, em que a arte se coloca como agenciador de novas possibilidades existenciais não só para os usuários, mas também para os próprios profissionais e suas técnicas, conforme pontua Tavares (2003).

Decorre que estar nesse espaço é muitas vezes se deparar com a imobilidade, a monotonia e a ausência de vitalidade. E se o funcionamento do serviço está carregado disso, é de se esperar, e até fácil de compreender, que há muitos usuários sem vontade de estar lá ou participar de outras atividades, como vimos na sala de espera, o que faz com que pensemos na importância de uma mudança nessa direção. Dentro disso, apostamos que fazer do CAPS um espaço favorável à produção de alegria também aos trabalhadores, deve estar presente na concepção terapêutica deste serviço.

Creemos não ser por acaso que os profissionais que atuaram na ONG durante a manutenção dos serviços estivessem tão relutantes em retornar ao CAPS, quando, já no final da pesquisa, isso se tornou possível. Afinal, aquele era um espaço dedicado à criação e expressão artístico-culturais, possuindo uma ambiência perceptivelmente mais acolhedora e convidativa que o CAPS, ao que pudemos sentir. Em um dos registros de nossos diários de campo, encontramos a fala de uma das profissionais que afirma que trabalhar lá é como estar em um CECO.

Para nós, essa parece ser uma importante pista para pensar a arte para além das ações concretas de cuidar. O que percebemos é a sua possibilidade de inundar a atmosfera do

CAPS, transbordando os grupos e criando um espaço mais afetivo, pulsante e sensível para todos, algo tão necessário para uma ação antimanicomial.

Acreditamos que não há receitas definitivas que darão conta dos tantos problemas destacados neste estudo. Mas apostamos na possibilidade da arte de atenuá-los de algum modo, promovendo uma “virada das paixões” (Almeida & Merhy, 2020) a partir da instauração de linhas de alegria, vida e alívio aos trabalhadores, como bem pudemos aprender a partir da experiência de alguns participantes.

Sobre isso, muitos usuários ao longo da pesquisa nos deixaram valiosos apontamentos para pensarmos em como transformar, através da arte, o CAPS em um lugar mais sustentável e que, a nosso ver, pode também contagiar os trabalhadores, as relações entre eles e os usuários. No fim de nossa primeira sala de espera, um usuário sugeriu que na recepção pudesse ser colocado um karaokê ou um Palco Aberto¹³.

Outra usuária, também nessa intervenção, apontou que seria interessante disponibilizar alguns livros, uma espécie de biblioteca, para os que aguardavam ali. Muitos outros também comentaram sobre ter mais ações artísticas como aquela na recepção, pois deixavam o lugar muito mais animado.

Na restituição, agora com os usuários, um deles questionou o porquê de um lugar que encoraja e possui tantas pessoas produzindo diversas formas de artes, como pinturas, poesias e desenhos, não tem nada em seu espaço que mostre isso: “Onde tá no CAPS aqui pendurado as minhas pinturas, minhas caricaturas que eu faço das pessoas? [...] Por que não se publica um livro do pessoal do CAPS?” [Usuário 4, fala registrada em diário de campo]. Ele começa a citar várias obras e formas de expressões artísticas de alguns de seus colegas, indagando o porquê de elas não estarem sendo vistas, publicadas, expostas para o público.

¹³ Esta é uma atividade, já produzida anteriormente neste CAPS, na qual se cria uma espécie de palco, permitindo que aqueles que circulam no serviço, tendo o interesse em participar, possam expressar livremente seu lado artístico através de canções, poesia, teatro etc.

Na hora nos lembramos que esse também tinha sido um de nossos primeiros incômodos ao nos aproximar, novamente, do campo no início do mestrado, pois, de fato, as obras dos artistas ficam escondidas dentro de armários no CAPS. Nos juntamos a ele, então, para refletir sobre a importância de tornar visíveis e reconhecidas as manifestações artísticas daqueles que circulam nesse ambiente, como forma de posicionar o CAPS como um espaço não de adaptação, mas de produção de vida, sendo esse precisamente o sentido de cuidado que se busca instaurar na atenção psicossocial. Tais apontamentos foram levados para a restituição final com os profissionais, momento em que tais estratégias foram anotadas pela coordenadora, para posterior debate com a equipe sobre as possibilidades e produção coletiva de novas ideias.

Segundo rastro: “o que há de valor em um encontro?”

Vou mostrando como sou
E vou sendo como posso
Jogando meu corpo no mundo
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto
E passo aos olhos nus
Ou vestidos de lunetas
Passado, presente
Participo sendo mistério do planeta
(Novos Baianos, 1972)

As pessoas, quando se colocam diante uma da outra, constituem uma relação de contágio mútuo. Um verdadeiro encontro, assim, requer que os sujeitos estejam sempre implicados na interação, produzindo afectos um sobre o outro. Esses últimos podem ser entendidos, segundo (Deleuze, 2011), como algo além de sentimentos afetuosos, mas como vestígios, rastros, que são deixados no outro nessa relação.

Diz-se, pois, que o que define um corpo é justamente o seu poder de afetar e ser afetado, o que pode resultar na expansão de suas possibilidades ou em sua contração (Deleuze, 2011). O corpo é, acima de tudo, um lugar de passagem, um campo de experimentação permanente, constituído por uma potência permeável e conectiva com outros corpos e com o mundo ao seu redor.

Quando um corpo se encontra com outro, dois tipos de afectos podem derivar dessa relação. Do mau encontro, surge a tristeza, o que diminui a potência de agir e pensar do sujeito, o qual é tomado pela decomposição e encaminhado para a servidão. Por outro lado, do bom encontro, a alegria é a florada, com conseqüente aumento dessa potência, como vimos na parte anterior, em que sua ação no mundo é potencializada e direcionada para a liberdade (Deleuze, 2011). Nele, há um aumento das possibilidades, e, por conseqüência, um aumento da capacidade de existir.

Mas o que há, efetivamente, de valor em um encontro? Esta é uma questão difícil que por acaso escutamos de um usuário no decurso de nossa cartografia. Nesse momento, estávamos realizando uma atividade de um dos grupos que acompanhamos, em que se propunha a divisão dos participantes em equipes e, a partir disso, uma síntese criativa que retratasse as experiências deles durante aquele ano, especialmente na ONG.

Ao total, foram formados dois grupos, para um dos quais fomos encaminhadas e convocadas a compor em conjunto. No decorrer da atividade, somos invadidas inesperadamente por essa pergunta, vinda de um integrante do outro grupo. Juntos, eles

compuseram e apresentaram uma música, apresentada a seguir com autorização dos compositores:

Tristeza do meu coração
Encontro que me faz feliz
Comunidade que eu sempre quis
Pra fechar o Natal

Quando damos início a uma cartografia, não sabemos exatamente quais tessituras vão emergir no contato com o campo. À medida em que fomos habitando o território, das tantas observações feitas e dos relatos que foram apresentados a nós em nossa caminhada, a questão dos encontros foi definitivamente algo que pulsou, pedindo passagem. Coincidentemente ou não, a nossa equipe também se direcionou para a experimentação de uma escrita sobre o assunto, intitulada “A importância dos encontros”. Talvez, por isso, parece-nos importante abordar esse fator.

Ao longo de nossas intervenções, foram descritos pelos usuários o que podemos chamar de bons e maus encontros com o serviço e seus trabalhadores. Nos atentamos ao fato de que os usuários da sala de espera, que em sua maioria nunca haviam participado de nenhuma outra oferta terapêutica além da medicação, costumavam relatar seus muitos maus encontros com os processos de cuidado no CAPS.

Nos corredores, frequentemente, testemunhamos também a solidão e o isolamento que permeia o sofrimento cotidiano dessas pessoas, o peso da falta de conexões e o empobrecimento que perpassa a vida de muitas delas. Quase sempre o seu espaço de circulação restringe-se ao trajeto de casa ao CAPS, seja para ir ao psiquiatra, ao psicólogo, para pegar remédios ou renovar alguma receita medicamentosa. Muitas sequer possuem um

emprego formal e, como já dissemos, dependem de uma renda mínima fornecida pelo governo ou por familiares. Por entendermos que produzir saúde se refere diretamente à produção de vida (Yasui, 2010), fica mais fácil entender o porquê isso nos inquietou.

Por outro lado, as experiências apontadas pelos participantes que experimentaram ações de cuidar com arte pareciam um tanto diferentes. Foi quase unânime entre eles a perspectiva do CAPS como um lugar de cuidado e de conexões, onde podiam tecer novas relações, acessar outras possibilidades e circular na cidade.

Nas ações com arte, vimos usuários se abraçando, se acolhendo, se ajudando, saindo juntos, rindo, mas também discordando entre si e produzindo tensões. Determinado usuário, participante de um grupo de arte, relatou-nos mais de uma vez que encontrou no CAPS um suporte afetivo, pelo convívio e relações de amizades feitas, pela inclusão a um espaço que se sentiu pertencente e pelos tantos lugares que conheceu pelos passeios. Um outro usuário concordou e acrescentou, ainda, que odeia sair de casa, que por ele sequer saia do quarto, mas que “se eu não for pro grupo, eu sinto falta” [Fala registrada em diário de campo, restituição final com usuários].

Tratar do encontro nos remete a uma reflexão que tem nos acompanhado sobre questões relacionadas à subjetividade no mundo contemporâneo, na medida em que nossos laços sociais, nossa abertura ao outro, têm sido estilhaçados pelo projeto neoliberal, que somado ao mundo pós-pandêmico e ao fortalecimento da ambiência digital, tem ocasionado a diminuição da potência dos indivíduos e dos coletivos. Como visto na primeira seção, esse não é um mero efeito colateral das políticas neoliberais, mas sim uma artimanha de seu projeto perverso. Como fazer, então, frente a essas investidas?

Embora reconheçamos a importância de seguirmos na luta pela garantia de políticas e em defesa a nível macropolítico da reforma psiquiátrica, como se poderia alcançar qualquer ação coletiva, onde a constituição do “comum” e a nossa capacidade de sermos afetados pelo

outro tem sido cada vez mais extrapropriadados? Diante do referencial teórico em que nos inspiramos e todas as discussões que tecemos até aqui, temos pensado e apostado na necessidade de restauração no plano micropolítico dos laços sociais enfraquecidos e na produção de redes afetivas, onde também se fortaleçam as condições de vida e saúde fragilizadas pelas opressões sistematicamente produzidas, “na medida em que, em um contexto neoliberal, todos nós somos privados, em alguma medida, de viver um modo de convivência que valorize a ação coletiva” (Ferigato, 2016, p. 85).

O que vimos nesses meses em campo foi precisamente isso: a formação transgressora de redes de coletivo e de contágio a partir das vibrações dos encontros proporcionados e potencializados pela arte. No dia em que foi proposto a produção de fanzines pelos usuários de um dos grupos que acompanhamos, um dos participantes recortou e colou na capa de sua produção uma grande imagem de formigas reunidas.



Figura 1 - Fanzine “As Formigas”

Ao perguntarmos sobre a escolha daquela imagem em específico, ele nos falou sobre a pequenez da formiga, mas que, ao juntar-se com outras, elas formam um grande exército, como explicam também Deleuze e Guattari (2011, p. 25):

É impossível exterminar as formigas, porque elas formam um rizoma animal do qual a maior parte pode ser destruída sem que ele deixe de se reconstruir. Todo rizoma compreende linhas de segmentaridade segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuído, etc.; mas compreende também linhas de desterritorialização pelas quais ele foge sem parar.

Ficamos pensando sobre isso. A imagem das formigas nos leva a considerar que o cuidar pela arte pode funcionar como um disparador de linhas de coletividade, ou melhor, de “matilha” (Deleuze & Guattari, 2011). Com isso, não estamos nos referindo a um mero conjunto ou somatória de pessoas, a uma massa, já que esta remeteria à “divisibilidade e à igualdade dos membros, à concentração, à sociabilidade do conjunto, à unicidade da direção hierárquica, à organização de territorialização, à emissão de signos” (Deleuze & Guattari, 2011, p. 60). Já em relação aos caracteres de matilha, Deleuze e Guattari (2011, p. 60) destacam:

[...] a exigüidade ou a restrição do número, a dispersão, as distâncias variáveis indecomponíveis, as metamorfoses qualitativas, as desigualdades como restos ou ultrapassagens, a impossibilidade de uma totalização ou de uma hierarquização fixas, a variedade browniana das direções, as linhas de desterritorialização, a projeção de partículas.

Assim, o coletivo pode ser entendido como forças heterogêneas em relação, como singularidades que se agenciam, buscando constituir um plano de coletividade na diferença. Não se trata, assim, de trabalhar com a identificação ou uniformidade de discursos e opiniões,

mas sobretudo com a articulação de multiplicidades que divergem e convergem entre si, tornando possíveis novas relações, novas percepções e diferentes afetos.

Com Rolnik (2018), podemos pensar que experiências coletivas como esta tornam mais possível a travessia do trauma que o regime de poder colonial-capitalístico produz através do confinamento das subjetividades em normas. Isso porque elas tornam mais viáveis as sinergias coletivas, provedoras de um acolhimento recíproco que favorece os processos de experimentação de modos de existência distintos do hegemônico a partir do encontro com o outro, aspecto também destacado por Foucault (1994) ao discutir sobre a amizade.

Nessas relações, ainda de acordo com Rolnik (2018), a construção do “comum” na diferença é propiciada, de modo que as pessoas passam a se juntar por ressonância afetiva e não por meros contornos identitários, formando elos muito mais potentes e difíceis de romper.

Desse modo, somos contagiadas pela riqueza da possibilidade de pensar o trabalho em saúde mental a partir dos encontros, para produzir subversões desejantes em meio aos mecanismos de poder dominantes e suas estratégias de individualização e culpabilização, em direção a construção de uma coletividade que se organiza na diferença via ressonância, do estar juntos na “quebra” (Mombaça, 2021), buscando produzir vida apesar dela. Nossa aposta é exatamente esta: a produção de saúde com a matilha, pois nos remete a experimentação de multiplicidades, ao agenciamento de forças singulares em relação; a tornar-se resistência em coletividade, em que a arte se constitui como estratégia para movimentar redes de pensamentos e de afetos.

[...] tatear a possibilidade de uma coletividade forjada no movimento improvável do estilhaçamento, vai ser sempre necessário abrir espaço para fluxos de sangue, para as ondas de calor e para a pulsação da ferida. Politizar a ferida, afinal, é um modo de estar juntas na quebra e de encontrar entre os cacos de uma vidraça estilhaçada, um

liame impossível, o indício de uma coletividade áspera e improvável. Tem a ver com habitar espaços irrespiráveis, avançar sobre caminhos instáveis e estar a sós com o desconforto de existir em bando, o desconforto de uma vez juntas, tocarmos a quebra uma das outras (Mombaça, 2021).

Explorando tal questão, pode-se dizer que práticas artísticas, quando coletivizadas, podem ser vistas como agenciadora de produção de amizades, de pequenos enlaces coletivos, de uma clínica que não se faz só, e sim no “entre”. E, sobretudo, como possibilidade de criar outros modos de viver o coletivo que nos permitam ir além da dor e da angústia, de maneira que os modos de reconexão afetiva também se refaçam (Mombaça, 2021). E não seria, precisamente, o objetivo final da clínica psicossocial?

Se a ideia do encontro é pacificadora, alentadora e é uma promessa, o cotidiano é uma constante negação do encontro. O cotidiano é a prova dos nove. Se você terminar o dia hoje e disser: hoje foi um bom dia, eu tive um bom encontro, se isso for verdade, parabéns, valeu o dia (Krenak, 2020b, p. 10).

Durante nossa caminhada, vimos o compartilhamento daquilo que tem de mais potente na existência: gargalhadas, quando não se conseguia fazer um passo de dança; compartilhamento de conquistas, vivências e conhecimentos; potencialização da capacidade de criação e integração; reflexões sobre variados temas; abraços calorosos; troca de contatos; desejos para o ano porvir.... aberturas de possível para se sustentar, para se potencializar, se vitalizar, se encantar; afirmar a vida, em suma.

[...] Eu acho que é a arte no sentido de sensibilizar os atores sociais para a luta. De efetivar práticas de cuidado e práticas sociais focadas nos direitos humanos, né? Focada nas melhores condições de vida das pessoas [...] A arte como essa que potencializa para a vida, né? Você não ser aquela pessoa que fica parada esperando as

coisas acontecerem, te mobilizar, te sensibilizar. [...] E eu, se eu consigo fazer arte, eu consigo fazer mais vida, mais profissão, produzir várias coisas, né? Então, se eu consigo falar numa intervenção, se eu consigo produzir uma música, eu sei fazer um discurso, eu sei fazer uma argumentação com uma outra pessoa, eu sei produzir algo para dizer, para ser respeitada, né? Para mostrar para mim, para os outros, a minha potência, quem eu posso ser. Então, a arte nesse sentido de nos fortalecer para a luta e nos sensibilizar para modos de vida diferente desse que é conforme usado nesse lugar de que você não consegue nada nessa vida.” [Profissional 1 em entrevista]

A arte como possível tática, portanto, de driblar a condição de exclusão, saltando da sobrevivência para a supravivência, tomando as palavras de Simas e Rufino (2020), em que se produzem movimentos de vivacidade e encantamento, em detrimento de mortandade e desencanto. Em meio ao padecimento proporcionado pelo regime de poder atual e suas políticas bio-necropolíticas, apostamos na arte na “esperança de uma virada poética e política que transmute as energias” (Simas & Rufino, 2020, p. 11). Não por acaso, esses grupos tornam-se, como pudemos ver, fortes experiências na vida de cada participante.

A arte é capaz de fazer sutis e complexas ligações entre o dizível e o indizível, o “eu” e o outro, o individual e o coletivo, a clínica e a política; o fazer artístico, principalmente quando colocado no contexto de uma construção coletiva, é sempre experiência forte de integração à vida (Wanderley, 2021).

Mediante o exposto, aprendemos que os encontros proporcionados pelas práticas artísticas podem emanar “reservas de vida” (Mbembe, 2018b). E, com isso, ficamos pensando se esta não seria, talvez, uma possibilidade importante do cuidado pela arte no contexto atual, no sentido de promover resistências às políticas de morte que atingem a existência de muitos desses sujeitos.

Terceiro rastro: “É preciso intervir na crise não como médico, mas como artista”

[...] quais são nossos modos de existência, nossas possibilidades de vida ou nossos processos de subjetivação; será que temos maneiras de nos constituirmos como “si”, e, como diria Nietzsche, maneiras suficientemente “artistas”, para além do saber e do poder? (Deleuze, 2008, p. 124)

No decorrer desta escrita, reiteramos algumas vezes que as situações de crise são um momento delicado de desestabilização do sujeito em que usualmente o trabalho em saúde mental engessa-se em saberes específicos, em especial no psiquiátrico e psicológico, através de intervenções biomédicas, contenções físicas e, não raramente, encaminhamento para internação. Pudemos ver, também, que elas muitas vezes despertam nos profissionais, pelo menos naqueles comprometidos com o agir antimanicomial, desconforto e angústia, intensificadas pela situação de desamparo a que são deixados serviços como os CAPS.

Sobre isso, fomos impactadas certo dia pela fala de um profissional que, durante reunião de equipe, afirma que o cuidado não pode ser centralizado no médico, e que eles tinham que, enquanto equipe, fazer algo nessas situações, mesmo na falta deles. Por esta razão, juntamo-nos ao profissional, assim como a Sousa e Jorge (2018), para interrogar: será que somente a conduta médica é capaz de dar suporte à crise? Pois bem, embora esta seja uma questão interessante, não nos interessa aqui, na realidade, discorrer sobre a atenção à crise. Mas ficamos pensando que isso talvez nos ajude a refletir um pouco sobre a atenção *na* crise e o papel do campo artístico nesse processo.

Ao longo de toda esta dissertação, que já se encaminha para o fim, falamos muito sobre essa tal de “crise”. Mas ao invés de delimitar sua definição, nosso interesse principal é

problematizar os modos pelos quais podemos nos posicionar em relação a ela. Analisemos: é que se tudo ocorre dentro dos conformes, daquilo que é tomado por nós como o esperado, a ordem se mantém. Com a eclosão de uma crise, todavia, o instituído é tensionado. E quando enxergamos isso como algo ruim, como uma instabilidade prejudicial, tendemos a nos angustiar diante dela e encará-la como um mal a ser obturado a qualquer custo, na tentativa de reequilibrar a ordem precedente: “Pedimos somente um pouco de ordem para nos proteger do caos” (Deleuze & Guattari, 2010, p. 237).

Distante dessa leitura dominante, entretanto, fazemos um convite para que a crise seja entendida de um outro modo - como um agenciamento potencialmente revolucionário, em que se abre espaço para que as variações possam emergir, como vimos no final da minha seção deste trabalho. Para que isso ocorra, a filosofia da diferença aposta na crítica para produzir novos devires e atravessar a crise sem pretender silenciá-la.

Quando uma crise ocorre produzem-se afecções que podem seguir diferentes rumos.

Se os dispositivos de poder-saber instituídos buscam colonizar as rupturas que aparecem, incorporando-as no funcionamento do sistema, a atitude crítica constitui-se enquanto um modo de operar que abre novos sentidos (Walter & Pino, 2017).

O que queremos dizer com isso é que o capitalismo nos moldes contemporâneos produz sistematicamente uma crise no processo da reforma psiquiátrica, a sua desestabilização, para que ela e os sujeitos que a constituem se vejam cada vez mais reativos e, ao terem sua energia exaurida nesse trajeto, cafetinados e integrados à lógica do sistema, que é eminentemente manicomial e voltada para o lucro. Talvez por isso Desviat (2018), como vimos, fala de um contexto de “esgotamento da reforma psiquiátrica” e da necessidade de partirmos para uma “reforma da reforma psiquiátrica”.

De certo modo, ao nosso ver, este nos parece um convite para encararmos esse momento não sob a perspectiva da micropolítica reativa (Rolnik, 2018), em que apenas nos

adaptamos ou reagimos às forças que nos dominam, tornando-nos reféns da tentativa, muitas vezes frustrante, de restaurar aquilo que tínhamos, mas de levar essa desestabilização, esse mal-estar, através da crítica, para o que estava acomodado, fazendo triunfar uma micropolítica ativa (Rolnik, 2018), de transmutação.

No que se refere às tramas moleculares, surge a pergunta: Como, em nossas práticas, sustentar a predominância da ação ativa, em que se criam saídas possíveis para o cuidado em liberdade, em detrimento da força reativa diante da situação pendular que se encontra a reforma psiquiátrica?

É que no cotidiano, lá onde as relações se fazem, falta equipe, não há capacitações, a rede é insuficiente, os recursos são escassos e os profissionais estão cansados. Enquanto isso, o usuário está na recepção esperando e quer uma resposta, e a exigência é que esta seja rápida. Na correria, não há tempo. E ao continuarem a se agarrar nos imperativos reformistas, armados de ações reativas e estratos instituídos, os profissionais muitas vezes entram em sofrimento.

A ideia de saúde mental que tá lá na política, tá certo? É uma ideia muito interessante. Mas a ideia que as pessoas têm sobre isso, na prática, não é, não corresponde, entendeu? Eu posso morrer de conhecer a política de saúde mental, (...) mas muito de nós, na prática, não consegue colocar essa ideia no seu cotidiano de trabalho”
[Profissional 2, em entrevista].

Contudo, a fabricação de uma micropolítica ativa nos pede que a adaptação e paralisação frente aos contornos atuais dos saberes e poderes sejam recusadas e, para além disso, que seja extrapolada a rigidez das formações e produções de conhecimento para

investir em processos mais inventivos. Dentro disso, concordamos com Romagnoli (2017, p. 150), de que é preciso:

Sermos clandestinos em nossas próprias práticas, deixar que os agenciamentos inventivos e não totalitários se ramifiquem, proliferem rizomaticamente em um circuito vivo e expressivo, que atuem como um dispositivo para formar planos de expansão da vida. Expandir a vida é expressar e encarnar as sensações que o "entre", os meios estão produzindo nas subjetividades, deixando que as desestabilizações se façam. Isso que a crise exige de nós.

Acontece que a reforma psiquiátrica, como já apontamos na seção um, não se faz sem seus trabalhadores e a resistência, temos pensado a partir do que foi apresentado, só é possível caso eles topem o grande desafio de se lançarem em uma atenção na crise visando-a como um momento propício para a experimentação e transformação, para ver e inventar saídas onde, muitas vezes, parece não haver nenhuma.

Mas, novamente, o que a arte teria a ver com tudo isso?

Certo dia, estávamos conversando com uma profissional e, em dado momento, ela solta a seguinte frase: “é preciso intervir na crise não como médico, mas como artista”. Essa fala ficou sussurrando em nossos ouvidos pelo restante da pesquisa. A partir dela, gostaríamos de retomar uma reflexão apresentada em linhas gerais na segunda seção desta dissertação, acerca da concepção nietzschiana de arte e sua aproximação com a vida. Naquele momento, sinalizamos que Nietzsche, segundo Dias (2004), concebe a vida como vontade de criação, encontrando-se totalmente entrelaçada com a arte.

Mas o que isto significa? Qual a importância disso nestes tempos de agora?

Adicionando uma interrogação a uma questão trazida por Nietzsche (2001, p. 202): “O que devemos aprender com os artistas”?

De que meios dispomos para tornar as coisas belas quando elas não o são? – e eu acho que em si elas nunca o são! Aí temos algo a aprender com os médicos, quando eles, por exemplo, diluem o que é amargo ou acrescentam açúcar e vinho à mistura; ainda mais dos artistas que permanentemente se dedicam a essas invenções e artifícios.

Afastarmo-nos das coisas até que não mais vejamos muita coisa delas e nosso olhar tenha de juntar muita coisa para vê-las ainda – ou ver as coisas de soslaio e como que em recorte – ou dispô-las de forma tal que elas encubram parcialmente umas às outras e permitam somente vislumbres em perspectivas – ou contemplá-las por um vidro colorido, ou à luz do poente – ou dotá-las de pele e superfície que não seja transparente: tudo isso devemos aprender com os artistas, e no restante ser mais sábios do que eles. Pois neles esta sutil capacidade termina, normalmente, onde termina a arte e começa a vida; nós, no entanto, queremos ser os poetas-autores de nossas vidas, principiando pelas coisas mínimas e cotidianas (Nietzsche, 2001, p. 202).

Nesta passagem, o autor parte de uma valorização do médico como alguém com quem poderíamos aprender algo a respeito da transfiguração das aparências, ao invés de sua conservação. No entanto, ele chama a atenção para a importância ainda maior dos artistas, pois são eles que dominam esse jogo por excelência, o que também é trazido, a seu jeito, por Mbembe (2018b, p. 299) quando ele diz que a natureza da arte não é representar o real, mas “embaralhar e mimetizar de uma só vez as formas e as aparências originais”. Mais do que isso, no entanto, Nietzsche (2001) parte em defesa de que devemos ser ainda mais sábios que os artistas e revalorizar a arte para além dos limites da obra de arte, uma vez que a existência em si pode ser tomada como um fenômeno estético.

O que se passa é que, ao contrário de tentar controlar os acontecimentos, prendendo-se a conteúdos cristalizados, os trabalhadores da saúde mental, assim como todos nós, ativistas e militantes da reforma, podemos aprender com os artistas, inclusive com os que são

usuários da rede, a inventar a si mesmos e suas práticas de modo permanente, a não se conformarem com o que está posto, a querermos “não o que está feito mas o que tortuosamente ainda se faz” (Lispector, 1998a, p. 4), em busca de compor um cuidado que seja também ele próprio uma forma de arte.

Pelo visto, então, o que devemos aprender com os artistas não está naquilo que eles produzem, mas sim na adoção de uma atitude ético-estética de profanar o ordinário. Inspiradas nesse pensamento, apostamos que ao juntar vida e arte, cuidado e arte, é possível alcançar um estado de reflexão sobre si e sobre os jogos de verdades imbricados no fazer clínico cotidiano, na busca de oferecer um espaço de invenção, embelezamento do cuidar e, portanto, de resistência.

Com embelezar, não estamos nos referindo de modo algum a uma estratégia cosmética voltada para maquiar a realidade, mas conforme observa Dias (2015, p. 239), implica em “sair da posição de criatura contemplativa e adquirir os hábitos e os atributos de criador, ser artista de sua própria existência”. Ser artista, nessa perspectiva, significa, então, ser livre, desprendendo-se da necessidade de servidão e de uma posição passiva de somente se deixar oscilar ao acaso do mundo.

O que parece, entretanto, é que mesmo hoje não aprendemos essa lição nietzschiana, tendo em vista que a arte ainda se limita a ser um simples objeto emoldurado, uma coisa material a ser produzida. No campo da saúde mental, a despeito dos discursos em torno do cuidado como produção de vida e da centralidade do trabalho vivo em ato (Merhy, 2013), que aparecem como valores máximos a serem perseguidos, encontramos pouco espaço para a inventividade inerente aos processos artísticos.

O que me surpreende, em nossa sociedade, é que a arte se relacione apenas com objetos e não com indivíduos ou a vida; e que também seja um domínio especializado, um domínio de peritos, que são os artistas. Mas a vida de todo indivíduo não poderia

ser uma obra de arte? Por que uma mesa ou uma casa são objetos de arte, mas nossas vidas não? (Foucault, 1995, p. 261).

Ao excluir a arte como saber que pode transversalizar as práticas em saúde mental, e mais ainda, como algo que pode atravessar nossa constituição subjetiva, continuaremos presos a um pensamento fechado em relação aos possíveis modos de cuidar, tão necessários em tempos desafiantes como este. Assim, apostamos que trabalhadores da saúde mental vindos de diversos campos, até mesmo aqueles que não necessariamente atuam ou querem atuar diretamente com a produção artística, no sentido de sua materialidade, podem potencializar a si e suas práticas adotando o que podemos chamar de “devir artístico”, que os leve a criação e invenção permanente do próprio modo de fazer clínica psicossocial, entendendo que essa trilha não é solitária, mas constituída no e com o outro,

Desta forma, entendemos que a arte pode ser um caminho possível. E não nos referimos aqui, novamente, apenas à arte institucionalizada, apesar de ela também carregar sua já explicitada potência. A arte a que nos referimos agora aponta para o próprio processo de criação e sua implicação ética e política, em que o cuidador e o cuidado estejam imbuídos em um processo artístico disparador de bifurcações para além do mesmo, tecendo composições na e com a crise. Dentro dessa perspectiva, os profissionais do CAPS poderiam então, quem sabe, ambicionar o caos. O artista, afinal, se incomoda menos com o caos do que com as ideias prontas (Deleuze & Guattari, 2010 p. 202).

Seguindo essa trilha, podemos pensar no campo estético como disparador de um embelezamento do trabalho em saúde mental, que ao mesmo tempo em que se exerce, se experimenta, se (re)inventa continuamente, em busca de modos mais flexíveis de cuidar e de respostas inventivas possíveis às necessidades de mudanças que o contexto coloca - ou melhor, de multiplicar as perguntas para tornar o problema ainda mais produtivo (Walter & Pino, 2017). Trata-se, assim, de ancorar-se não em regras morais, mas em um sujeito ético,

nos termos de Foucault (2006), nunca fechado, sempre aberto para as possibilidades e em busca de desvios criativos que aumentem as potências de vida.

[...] Nós estamos construindo [a saúde mental] do mesmo modo que antes. Ela dá abertura para que seja construído, mas nós estamos construindo como era, antes dela agora está dado, conseguimos. [...] nenhuma política vai estar, nunca, dada, feita, efetivada. É sempre uma luta. Tem que tá sempre reconstruindo. É um processo, e nisso, se a gente compreendesse que toda e qualquer política é sempre um processo. A gente compreenderia da onde essa política e a arte se entrelaçam. E a vida. Porque vida, política e arte é processo. E saúde mental também. Quando deixa de ser processo, deixa de ser vida. É morte. [Profissional 2, em entrevista]

Com essa fala, somos convidadas a refletir, junto à Rolnik (2018), no equívoco que é concentrar nossa luta na esfera macropolítica, enquanto na micropolítica somos bombardeados pelos efeitos do abuso da vida, produtor de uma anemia vital que não raramente resulta em uma reprodução para si e para o outro daquilo que buscamos combater, neste caso, os manicômios. Por esse motivo, ela aposta em uma insurgência micropolítica que desmanche essas relações típicas do regime colonial-capitalístico, dentro de ações afirmativas de um devir-outro que libere a vida o máximo possível de sua impotência, de sua cafetinagem.

É aí que a autora se encontra com a nossa entrevistada acima para afirmar a indissociabilidade entre as operações artísticas (em seu sentido ampliado, que extrapola o fazer arte em si) de processos que nos atravessam, tais como política e saúde mental, a partir da constante busca pela produção de novos modos de existência.

Seja a crise um estado provisório de maior abalo que vivemos no contemporâneo ou uma constante para aqueles que atuam no epicentro do furacão antimanicomial, conforme relatado pela nossa primeira entrevistada, quando ela afirma que “a gente vive em crise” [Profissional 1 em entrevista], o que nos parece é que o campo artístico pode se configurar como um modo ético-político de habitar essa condição. Mais ainda, como uma tática possível de descafetinar o cuidado.

Por fim, cabe ressaltar que é evidente que nos constituímos também de estratos instituídos. Não há como fugir inteiramente deles. Mas um devir artístico, inventivo, concebe que também não devemos depender deles. Consoante Deleuze e Guattari (2010 p. 202) observam: “Trata-se sempre de liberar a vida lá onde ela é prisioneira, ou de tentar fazê-lo num combate incerto”.

Para não finalizar

Mas o sucesso de uma revolução só reside nela mesma, precisamente nas vibrações, nos enlaces, nas aberturas que deu aos homens no momento em que se fazia, e compõem em si um monumento sempre em devir, como esses túmulos aos quais cada novo viajante acrescenta uma pedra (Deleuze & Guattari, 1992, p. 209).

Ao pensarmos sobre o Brasil dos últimos anos, inevitavelmente, nos deparamos com uma realidade de intensos retrocessos naquilo que foi construído, mesmo que de forma inconclusa, no pós-ditadura militar em termos de direitos humanos e justiça social, desembocando em uma série de consequências diretas e indiretas para o campo da saúde mental, principalmente no âmbito do SUS. Essa conjuntura, sustentada por uma enxurrada neoliberal, a nosso ver, tem gestado uma nova onda manicomial que acentua e produz novos desafios para o processo da reforma no contemporâneo, o que demanda um reposicionamento crítico dos seus saberes e práticas para enfrentá-los a partir da construção de uma micropolítica ativa, necessariamente comprometida com os sujeitos que têm sido impactados com mais força por esse cenário.

Inseridas nesse contexto, que aqui denominamos de “crise da reforma psiquiátrica”, por meio de parcerias desenvolvidas com um CAPS Geral da cidade de Fortaleza, pudemos entrar em contato e nos incomodar com os efeitos micropolíticos impiedosos produzidos diante das tensões macropolíticas existentes, seja nos usuários e nos profissionais do serviço, seja no cuidado produzido, em especial naquele com arte. Por efeito, isso nos levou ao desejo de pesquisar esses processos, mas principalmente de cartografar as resistências e transformações que se fazem diante da contingência atual. As possibilidades dos encontros

entre arte e saúde mental, afinal, nunca estão finalizadas: elas são antes complexas e mutáveis.

Apoiadas numa análise de nossas implicações, junto a uma lente interseccional, entramos em contato direto com o campo proposto, suas práticas artísticas e os agentes que ali circulam, evidenciando forças de distintas naturezas que afetam o cuidado pela arte. Entre as linhas abordadas, estão a escassez de recursos materiais e financeiros para efetivação de atividades artísticas junto aos usuários, especialmente daquelas articuladas com o espaço aberto da cidade; a carência de projetos e ou iniciativas de políticas públicas que promovam a arte no campo da saúde, sobretudo no que diz respeito aos processos formativos dos profissionais; o maior desinvestimento no plano do coletivo, partindo em direção a concepções de saúde e produção de cuidados mais individualizadas e homogêneas, que colocam em relevo o valor das tecnologias médicas e biotecnológicas no cuidado; a desinformação a respeito das potencialidades da arte para a produção de saúde por parte dos usuários e profissionais. Ainda, nos deparamos com formas cristalizadas do cuidado pela arte que apontam, sobretudo, para a necessidade de se investir em estratégias que compreendam os recortes dos múltiplos sistemas desiguais e opressivos que atravessam os usuários.

Por outro lado, destacamos que a arte pode produzir e fortalecer elementos que gerem o cuidado psicossocial, fazendo-se resistência frente a um contexto desafiante para a reforma psiquiátrica e para o próprio cuidar produzido pelas experiências artísticas. Em nossa cartografia, ressaltamos a importância do cuidar pela arte para os profissionais da saúde mental, principalmente como dispositivo produtor de alegria e alívio produtivo, essenciais para uma ação antimanicomial neste campo. Também o apontamos como estratégia potencializadora de encontros, possibilitando reservas de vida e a produção de saúde feita no “entre”, de modo a romper com moldes subjetivos colonial-capitalísticos. Por último, conduzimos a arte como agenciadora de uma dimensão inventiva do trabalho em saúde

mental, entendendo-a para além da produção artística em si, mas como um modo de entender a própria produção de cuidado.

Vale destacar que o que apresentamos é somente um extrato do nosso encontro com o cuidar através da arte no contexto proposto, com todas suas disputas e dificuldades inclusas. Se em alguns momentos a narrativa pareceu se concentrar nas adversidades encontradas, é porque assim foram as experiências travadas neste contexto.

E, de fato, muito do que vimos nos direcionava para processos de cuidado mais tímidos e enfraquecidos, e um pesquisador desatento poderia de pronto fechar os braços e presumir que ali não se produziam resistências. Um de nossos maiores desafios foi justamente não cair nessa ludibriosa armadilha das forças reativas para a qual éramos encaminhadas a todo momento.

Mas o que percebemos na experiência é que precisamos estar atentos às delicadezas que acontecem nas práticas cotidianas, pois elas carregam o potencial de serem grandiosas, contestando as relações de cuidado impostas pelo atual contexto. E foi somente a partir do exercício da vibratilidade do corpo, citado por Rolnik (2018), que se tornou possível escutar esses ruídos e forçar nosso pensamento para a criação de novos sentidos para o nosso objeto neste cenário que tenta a todo momento miná-lo.

Por fim, desejamos que a “crise” possa significar a abertura necessária para que o novo possa fluir, e que a arte possa ser valorizada como um dos caminhos possíveis para sustentar a criação de linhas de fuga dos modos de produzir saúde e existência nesse contexto. Ao final deste trabalho, defendemos um maior investimento na produção de conhecimento e estratégias que fortifiquem o cuidar com arte no campo da atenção psicossocial, haja vista a sua importância, ainda presente, como forma de resistência para o processo da reforma psiquiátrica.

Referências

- Alverga, A. R. de, & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299–316. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>
- Alves, I. S. A., & Liberato, M. T. C. (2023). Da individualização à singularização: pistas para um cuidado singular e interseccional em tempos neoliberais. In L. Batista, & S. L. Fernandes (Orgs.). *Políticas de Subjetivação e Cotidiano: Trajetórias de Pesquisa*. (pp. 213-231). Maceió: Edufal.
- Almeida, S. A. de, & Merhy, E. E. (2020). Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Revista Psicologia Política*, 20(47), 65-75.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Amador, F., & Fonseca, T. M. G. (2009). Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa: considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(1), 30-37.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Amarante, P. (2010). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (4ª ed.). Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2011). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (3ª ed.). Editora Fiocruz.

Amarante, P. (Org). (2021). *Loucura e Transformação Social: autobiografia da reforma psiquiátrica no Brasil*. Zagodoni.

Amarante, P., & Guimarães, E. H. T. (2017). Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 763-774. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0881>

Amarante, P. & Lima, R. (Coords.). (2008). *Loucos pela diversidade: da diversidade da loucura à identidade da cultura*. Editora Fiocruz.

Amarante, P., & Torre, E. H. G. (2018). “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Revista de administração pública*, 52(6), 1090–1107. <https://doi.org/10.1590/0034-761220170130>

Amorim, A. K. de M. A., & Severo, A. K. de S. (2019). Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da Rede de Atenção Psicossocial. *Gerais*, 12(2), 282–299. <https://doi.org/10.36298/gerais2019120207>

Angel, C. O. (2020). O neoliberalismo e a gestão do mal-estar contemporâneo. In F. C. L. Castro, B. J. Rosa, & C. Marques (Orgs.). *Filosofia e Psicanálise: Psicopolítica e as Patologias Contemporâneas* (Vol. 2), 43-57. Editora Fundação Fênix.

Andrade, L. de A., & Vêloso, T. M. G. (2015). Arte e saúde mental: Uma Experiência com a Metodologia Participativa da Educação Popular. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(1), 79-87.

http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/Andrade%2C%20Vel%2C%20B4so

Akotirene, C. (2018). *O que é interseccionalidade?*. Letramento.

Barros, V. J., Emerich, B. F, Campos, R. O., & Ricci, E. (2019). A gente quer comida, diversão e arte: em defesa dos Centros de Convivência em tempos de crise.

Revista de Psicologia da UNESP, 18(1), 1-12.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442019000100001&lng=pt&tlng=pt

Barros, S., Batista, L. E., Dellosi, M. E., & Escuder, M. M. L. (2014). Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1235–1247.

<https://doi.org/10.1590/s0104-12902014000400010>

Barone, L. R., & Paulon, S. M. (2019). Ensaio de uma clínica do chão: cartografando a Saúde mental na Atenção Básica em interface com a dança. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180599.

<https://doi.org/10.1590/Interface.180599>

Basaglia, F. (2005). *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico* (H. Jahn, Trad.). (2ª ed). Graal. (Obra original publicada em 1968)

Basaglia, F. (2010). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica* (J. A. D. Melo, Trad.). Amarante, P. (Org.). Garamond Universitária.

bell, h. (1995). *Art on my mind: visual politics*. The New York press.

- Benício, L. F. S. (2022). Por uma de(s)colonização da saúde mental: vozes negras na produção do campo da atenção psicossocial do Ceará. [Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional UFC. <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/70045>
- Bento, C. (2022). *O pacto da branquitude*. Companhia das Letras.
- Birman, J., & Costa, J. F. (1994). Organização das instituições para uma psiquiatria comunitária. In P. Amarante (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica* (pp. 41-72). Editora Fiocruz.
- Borges, J. (2019). *Encarceramento em massa*. Pólen.
- Borges, S. A.C, & Almeida, M. D de (2021). Desafios para uma Reforma Psiquiátrica antimanicomial: Revisitando o manifesto de Bauru. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(37), 23–41.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80469>
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Portaria 1174/GM de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. *Diário Oficial Eletrônico*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_copmp.html

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. *Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde*: Brasília: Ministério da Saúde.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituinte.pdf

Brasil. (2016a). Senado Federal. Emenda Constitucional n.º 95, de 2016. Altera o Ato das disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Brasil. (2016b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016. *Diário Oficial Eletrônico*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html

Brasil. (2016c). Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: cuidado em liberdade, defesa dos direitos e rede de atenção psicossocial. *Relatório de Gestão 2011 - 2015*. Brasília: DF.

Brasil. (2017a). Ministério da Saúde. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017.

Diário Oficial Eletrônico.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html

Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de

2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de

2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras

providências. *Diário Oficial Eletrônico.*

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.htm

1

Brasil. (2019a). Ministério da Saúde. *Suicídio da população negra*. Núcleo Técnico-

Científico de Telessaúde Bahia.

Brasil. (2019b). Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2019 -

CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política

Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

(Orgs). <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

Brasil. (2019c). Ministério da Saúde. *Governo federal lança campanha de*

valorização da vida e de combate à depressão [Notícia].

<https://aps.saude.gov.br/noticia/5758>

Brasil. (2021). Ministério da Saúde. *Brasil registra aumento de suicídios entre 2010 e*

2019. [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/brasil-](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/brasil-registra-aumento-de-suicidios-entre-2010-e-2019)

[registra-aumento-de-suicidios-entre-2010-e-2019](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/brasil-registra-aumento-de-suicidios-entre-2010-e-2019)

Brasil. (2023). Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023.

Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações. *Diário Oficial Eletrônico*.

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0757_22_06_2023.htm

1

Brito, M. R. de, & Chaves, S. N. (2017). Cartografia: uma política de escrita. *Revista*

Polis e Psique, 7(1), 167-180.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000100010&lng=pt&tlng=pt.

Brito, M. dos R. de, & Costa, D. W. S. (2020). Escrita e corpo e fabulação: variações com Deleuze e Clarice Lispector. *Linha Mestra*, 14(41), p. 45-54.

<https://doi.org/10.34112/1980-9026a2020n41p45-54>

Cardoso, M. L. M., & Romagnoli, R. C. (2019). Contribuições da cartografia para a produção de uma ciência nômade. *Revista Polis e Psique*, 9(3), 6-25.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000300002&lng=pt&tlng=pt.

Castro, E. D., & Lima, E. M. F. A. (2007). Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira Espaço Aberto. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22). <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200017>

Cavalcante, L., Liberman, F., & Garcia, M. L. (2022). Visita a exposições artísticas: considerações acerca da recepção estética. *Fractal: Revista De Psicologia*,

34, e5906. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/5906>

Cavallini, F. de M. (2020). CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte.

Fractal: Revista De Psicologia, 32(1), 40-45. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v32i1/5671>

Centro de Defesa da Criança e do Adolescente do Ceará. (2021). *A política de saúde mental para crianças e adolescentes em Fortaleza*.

<https://cedecaceara.org.br/wp-content/uploads/2023/10/Monitoramento-politica-de-Saude-Mental-Fortaleza-CEDECA-1.pdf>

Collins, P. H., & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade*. (R. Souza, Trad.). Boitempo.

Coqueiro, N. F., Vieira, F. R. R., & Freitas, M. M. C.. (2010). Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. *Acta Paulista De Enfermagem*, 23(6), 859–862. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000600022>

Correia, P. R., & Torrenté, M. de O. N. de .. (2016). Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(4), 487–495. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600040211>

Costa-Rosa, A. (2000). O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar In: Amarante, P. (Org.). *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Editora Fiocruz.

Costa, C. B da. (2016). *Itinerários Terapêuticos de Pessoas em Adoecimento Mental Grave: Olhares Plurais sobre a Rede de Atenção Psicossocial*. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade

Estadual do Ceará]. Repositório Institucional UECE.

<http://siduece.uece.br/siduece/trabalhoAcademicoPublico.jsf?id=83356>

Costa, P. H. A. da, & Mendes, K. T. (2021). Frantz Fanon, saúde mental e a práxis antimanicomial. *Sociedade Em Debate*, 27(1), 66-82.

<https://doi.org/10.47208/sd.v27i1.2809>

Costa, P. H. A. da, & Faria, N. C. (2021). “E agora, José”? Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica brasileiras na encruzilhada. *Physis*, 31(4), 1-21.

<https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310412>

Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2018). *Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas*.

<http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-daInspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-emComunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>.

Cruz, K.D. F. da, Guerrero, A.V. P., & Vieira, J. S. N. (2019). Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Revista do NUFEN*, 11(2), 117-132.

<https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51>

Cruz, N. F. O., Gonçalves, R. W., & Delgado P. G. G. (2020). Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trabalho Educação e Saúde*, 18(3), 1-20.

<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

- Chiabotto C. C., Nunes, I. S., & Aguiar, K. S. P. (2022). Contrarreforma psiquiátrica e seus reflexos no cuidado ao usuário e à família. *Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 49(20), 81-94. <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/6347>
- David, E. de C. (2022). *Saúde mental e racismo: saberes e saber-fazer desnorteados na/para a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicomial*. [Tese de Doutorado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. Repositório Institucional PUCSP. <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/30911>
- Dardot, P., & Laval, C. (2016). *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. Editora Boitempo.
- David, E. de C., & Vicentin, M. C. G. (2020). Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate*, 44(spe3), 264–277. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020e322>
- Desviat, M. (2018). *Coabitar a diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva* (M. Claudino, Trad.). Zagodoni.
- Delgado, P. G. (2019). Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. *Trabalho Educação e Saúde*, 17(2), 1-4. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00212>
- Didi-huberman, G. (2011). *Sobrevivência dos vaga-lumes*. Editora UFMG.
- Dimenstein, M. D., Amorim, A. K., Leite, J., Siqueira, K., Gruska, V., Vieira, C., Brito, C., Medeiros, I., & Bezerril, M. C. (2012). O atendimento da crise nos

diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, 2, 95-127. <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/40323>

Dias, R. M. (2004). A Vida Como Vontade Criadora: Uma Visão Trágica Da Existência. In T. Fonseca, & S. Engelman (Orgs.). *Corpo, arte e clínica* (pp. 131-146). Editora da UFRGS.

Dias, R. M. (2015). Arte e vida no pensamento de Nietzsche. *Cadernos Nietzsche*, 36(1), 227–244. <https://doi.org/10.1590/2316-82422015v3601rmd>

Deleuze, G. (1994). *Abecedário* [1988-1989]. Documentário. Éditions Montparnasse.

Deleuze, G. (1990) ¿Que és un dispositivo? In Michel Foucault, filósofo (pp. 155-161). Gedisa.

Deleuze, G. (1999). O ato de criação [Caderno MAIS!]. *Folha de São Paulo*, 1-15.

Deleuze, G. (2005). *Foucault*. Editora Brasiliense.

Deleuze, G (2008). *Conversações*. (P. Pelbart, Trad.). (2ª ed.). Editora 34.

Deleuze, G. (2010). *Sobre o teatro: Um manifesto de menos / O esgotado* (O. de Abreu, R. Machado, Trad). Ed. Zahar.

Deleuze, G. (2011). *Crítica e Clínica*. Editora 34.

Deleuze, G. & Guattari, F. (2010). *O que é filosofia?* (B. P. Junior. e A. A. Muñoz, Trads). Editora 34.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2012). Mil platôs: *Capitalismo e esquizofrenia*. (2ª ed., Vol. 4). Editora 34.

- Dimenstein, M. (2006). O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental*, 4(6), 69-82.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Fanon, F. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. (R. Silveira, Trad.). Edufba.
- Fanon, F., & Asselah, S. (2020). O fenômeno da agitação no meio psiquiátrico: considerações gerais, significação psiquiátrica (N. Sebastião, Trad.). In F. Fanon, *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos*. Khalfa & R. Young (Orgs.), UBU Editora.
- Fanon, F., & Geronimi, C. (2020). A internação diurna na psiquiatria: valor e limites. In: F. Fanon, *Alienação e liberdade: escritos psiquiátricos*. Khalfa & R. Young (Orgs.), UBU Editora.
- Fornazari, C., Canfield, M., & Laranjeira, R. (2022). Real world evidence in involuntary psychiatric hospitalizations: 64,685 cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 44(3), 308–311. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2021-2267>
- Faustino, D. M (2015). “Por que Fanon? Por que agora?”: *Frantz Fanon e os fanonismos no Brasil*. UFSCar.
- Foucault, M. (2006). *A Hermenêutica do Sujeito*. Martins Fontes.
- Foucault, M. (2014). *História da Loucura*. Perspectiva.
- Ferigato, S. H., Carvalho, S. R., & Teixeira, R. R. (2016). Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e redes. *Revista De Terapia*

Ocupacional Da Universidade De São Paulo, 27(1), 12-20.

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i1p12-20>

Félix-Silva, A.V., & Soares G. P. (2021). Processos de Subjetivação em Arte e Saúde Mental em um Manicômio Judiciário. *Psicologia: ciência e profissão*, 41(spe4), e212322, 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003212322>

Fortaleza. (2023). *Prefeito Sarto anuncia pacote de investimentos para construção de novos postos de saúde, reformas e contratação de profissionais*. Prefeitura de Fortaleza, 13 de abril de 2024.

<https://www.fortaleza.ce.gov.br/noticias/prefeito-sarto-anuncia-pacote-de-investimentos-para-construcao-de-novos-postos-de-saude-reformas-e-contratacao-de-profissionais>

Furtado, M. (2018). Regulação biotecnológica do sofrimento e evicção do sujeito: efeitos sobre a condição humana. In P. Amarante, A. M. F. Pitta, & W. F. Oliveira (Orgs). *Patologização e Medicalização da vida: epistemologia e política*. Zagodoni.

Galvanese, A. T., Nascimento, A. F., & D'Oliveira, A. F. (2013). Arte, cultura e cuidado no Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Saúde Pública*, 47(2), 360-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047003487>

Galvanese, A. T. C., D'Oliveira, A. F. P. L., Lima, E. M. F. de A., Pereira, L. M. de F., Nascimento, A. P., & Nascimento, A. de F. (2016). Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 23(2), 431–452.

<https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000200006>

- Garcia, M. R. V., Amorim, S. C. de, Rodrigues, G. V., & Mendonça, L. H. F. (2022). Contrarreforma psiquiátrica brasileira e medicalização do sofrimento mental na pandemia de Covid-19. *Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea*, 20(49), 95-108. <https://doi.org/10.12957/rep.2022.63525>
- Guattari, F. (1990). *As três ecologias*. Papirus.
- Guattari, F. (1992). *Caosmose: um novo paradigma estético* (A. L. de Oliveira & L. C. Leão, Trans.). Editora 34.
- Guattari, F., & Rolnik, S. (1996). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Vozes.
- Guerreiro, C., Meine, I. R., Vestena, L. T. ., Silveira, L. de A. ., Silva, M. P. da ., & Guazina, F. M. N. (2022). A arte no contexto de promoção à saúde mental no Brasil. *Research, Society and Development*, 11(4), 1-12. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.22106>
- Guimarães, T. D. A, & Santos, L. C. R. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 21(44), 111-138. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552264340005>
- Hoffmann E., & Pereira B. (2023) Saúde em tempos ultraneoliberais: entre a atenção psicossocial e a (re)manicomialização. *Argumentum*, 15(3), 48–64. <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/40121>
- Hur, D. (2021). *Cartografia das intensidades: pesquisa e método em esquizoanálise*. *Práxis Educacional*, 17(46), 275-292. <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/8392>

- Junqueira, A. M. G, Carniel, I. C, & Mantovani, A. (2015). As assembléias como possibilidades de cuidado em saúde mental em um CAPs. *Vínculo*, 12(1), 31-40. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902015000100006&lng=pt&tlng=pt.
- Kastrup, V. (2019). A atenção cartográfica e o gosto pelos problemas. *Revista Polis E Psique*, 9, 99–106. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.97450>
- Kastrup, V., & Passos, E.. (2013). Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal: Revista De Psicologia*, 25(2), 263–280. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922013000200004>
- Kastrup, V., & Barros, R. B. de. (2015). Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In E. Passos, V. Kastrup, & L. da Escóssia, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 76-91). Sulina.
- Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. Companhia das Letras.
- Krenak, A. (2020a). *O amanhã não está à venda*. Companhia das Letras.
- Krenak, A. (2020b). Do tempo. In: *Pandemia Crítica* (nº 38). N-1 Edições.
- Kroef, R. F. S, Gavillon, P. Q., & Ramm, L. V. (2020). Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 20(2), 464-480. <https://dx.doi.org/10.12957/epp.2020.52579>
- Lapassade, G. (2005). *As microssociologias*. Liber Livro.

- Leal, D. T. B. (2021). Fabulações travestis sobre o fim. *Conceição/Conception*, 10(00), e021002. <https://doi.org/10.20396/conce.v10i00.8664035>
- Leal, A.C. (2021). *Ex/orbitâncias: os caminhos da deserção de gênero*. GLAC Edições.
- Lelos, L. de. Poesia Completa. In: C. Ferreira (Org.). *Poesia completa*. Porto Liquidbook: Vidrágua, 2017.
- Liberato, M. T. C. (2011). *A dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica: articulando redes para a consolidação da estratégia de atenção psicossocial*. [Tese Doutorado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida, Universidade Federal do Rio Grande do Norte] Repositório Institucional UFRN. <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17393>
- Liberato, M. T. C., & Dimenstein, M. (2013). Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. *Psicologia & sociedade*, 25(2), 272–281.
- Liberato, M. T. C., Oliveira, C. R. de, Oliveira, M. C. N, Lopes, V. N. Prado, C. L. C., & Sales, J. P. M.. (2023). Para além da exposição: uma curadoria coletiva do cuidado. In J. P. P. Barros, E. A. G. A. Costa, E. M. Vieira, V. J. S. Jucá, L. F. S. Benício, & C. J. A. Gomes (Orgs). *Psicologias em Contextos (Pós)Pandêmicos: saberes e fazeres Insurgentes* (pp. 99-117). Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora.
- Lima, F. (2018). Bio-necropolítica: diálogos entre Michel Foucault e Achille Mbembe. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(spe), 20-33.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000400003&lng=pt&tlng=pt.

Lima, E. M. F. de A. (2006). Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 317-29. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200004>.

Lima, E. M. F. de A., & Pelbart, P. P. (2007). Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, 14(3), 709-735. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300003>.

Lima, E. M. F. de A. (2010). A produção e a recepção dos escritos de Qorpo-Santo: apontando transformações nas relações entre arte e loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(33), 437-447. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200016>

Lima, A. de O., Benício, L. F. de S., Liberato, M. T. C., & Moraes, M. de M. (2018). A clínica em (des)construção: a sala de espera como potência política para a reforma psiquiátrica. *Revista De Psicologia*, 9(2), 70-75. <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/19306>

Lima, E. A., Providello, G., Silva, J. A., Aleixo, J. M. P., Pellegrini, L., Aversa, P. C., Barrenha, T., & Cardoso, T. M. (2021). Práticas estéticas e corporais: criação e produção de subjetividade na atenção psicossocial. *Saúde Em Debate*, 45(129), 420-434. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112913>

Lima, I. C. S., Sampaio, J. J. C., & Souza, K. C. A. (2023). A complexidade do trabalho precário na Atenção Psicossocial Territorial: reflexão crítica sobre o

contexto brasileiro. *Saúde Em Debate*, 47(136), 215–226.

<https://doi.org/10.1590/0103-1104202313614>

Lispector, C. (1998a). *Água viva*. Rocco.

Lispector, C. (1998b). *Uma aprendizagem ou livro dos prazeres*. Rocco.

Lourau, R. (2004). Objeto e método da Análise Institucional. In S. Altoé (Org.), *René Lourau: analista institucional em tempo integral* (pp. 66-86). Hucitec.

Lourau, R. (2014). *A análise institucional* (3ª ed.). Vozes.

Malta, D. C., & Merhy, E. E. (2003). A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns. *REME - Revista mineira de enfermagem*, 7(1), 61-66.

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622003000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

Machado, L. D., Lavrador M. C. C. (2001). Loucura e subjetividade. In L. D.

Machado, M. C. C. Labrador, & M. E. B. Barros (Orgs.). *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. (pp. 45-58). Casa do Psicólogo.

Mbembe, A. (2018a). *Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte*. N-1 edições.

Mbembe, A. (2018b). *Crítica da Razão Negra*. n-1 edições.

Mbembe, A (2020). Pandemia democratizou poder de matar, diz o autor de necropolítica. *Folha de São Paulo*. Entrevista concedida a Diogo Bercito.

<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2020/03/pandemia-democratizou-poder-de-matar-diz-autor-da-teoria-da-necropolitica.shtml>

- Merhy, E. E. (2013). Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In E. E. Merhy & T. B. Franco (Orgs.), *Trabalho, produção de cuidado e subjetividade: textos reunidos* (pp. 213-225). Hucitec.
- Melo, W. (2010). Nise da Silveira, Fernando Diniz e Leon Hirszman: Política, Sociedade e Arte. *Psicologia USP*, 21(3), 633-652.
<https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000300011>.
- Merçom, L. N, & Constantinidis, T. Cid. (2020). Processos de trabalho e a saúde mental dos trabalhadores nos CAPS: uma revisão integrativa. *Contextos Clínicos*, 13(2), 666-695. <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2020.132.14>
- Milhomens, A. E., & Lima, E. M. F. de A. (2014). Recepção estética de apresentações teatrais com atores com história de sofrimento psíquico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 18(49), 377–388.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0951>
- Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro [MPRJ]. (2020). *Fiscalização em Comunidades Terapêuticas*.
<https://www.mprj.mp.br/documents/20184/1999874/22-Fiscaliza%C3%A7%C3%A3o+em+Comunidades+Terap%C3%AAuticas.pdf>
- Mombaça, J. (2021). *Não vão nos matar agora*. Cobogó.

- Moro, L. M., & Guazina, F. M. N. (2016). Arte e experiência: relações da arte no contexto da saúde mental. *Cadernos brasileiros e saúde Mental* 8(18), 25–42. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v8i18.69279>
- Moehlecke, V., & Fonseca, T. M. G. (2011). Oficinas de dança contemporânea: um convite à reinvenção das práticas. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(4), 1547-1574. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400010&lng=pt&tlng=pt
- Nietzsche, F. (2001). *A gaia ciência*. (P. C. Souza, Trad.). Companhia das Letras.
- Novos Baianos. (1973). Mistério do Planeta [Canção]. Em *Acabou Chorare*. Som livre.
- Nunes, J. M. S., Guimarães, J. M. X., & Sampaio, J. J. C. (2016). A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 26(4), 1213–1232. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400008>
- Nunes, M. de O., Lima Júnior, J. M. de, Portugal, C. M., & Torrenté, M. de. (2019). Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional. *Ciência & saúde coletiva*, 24(12), 4489–4498. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25252019>
- Oliveira, P, F de, Júnior, W. M, & Vieira-Silva, M. (2017). Afetividade, liberdade e atividade: o tripé terapêutico de Nise da Silveira no Núcleo de Criação e Pesquisa Sapos e Afogados. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(1), 23-35.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100003&lng=pt&tlng=pt

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Suicide worldwide in 2019 - Global Health Estimates*.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial da Saúde (2022). *Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o mundo*.

[https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20\(OMS\).](https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em#:~:text=2%20de%20mar%C3%A7o%20de%202022,Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20(OMS).)

Oka, C. P. B., & Costa, P. H. A. (2022). Os Caminhos da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 14(40), 01–29.

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80847>

Passarinho, J. G. N. (2022). Retrocessos na política nacional de Saúde Mental: consequências para o paradigma psicossocial. *Revista Em Pauta: Teoria Social E Realidade contemporânea*, 20(49) 65-80.

<https://doi.org/10.12957/rep.2022.63451>

Passos, R. G. (2018a). “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. *Argumentum*, 10(3), 10–23.

<https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i3.21483>

- Passos, R. G. (2018b). *Trabalho, gênero e saúde mental. Contribuições para a profissionalização do cuidado feminino*. Cortez.
- Passos, R. G., Gomes, T. M. da S., Farias, J. S. de, & de Araújo, G C. L. de. (2021). A (re)manicomialização da política de saúde mental em tempos bolsonaristas: A volta do eletrochoque e das internações psiquiátricas. *Cadernos Brasileiros e Saúde Mental*, 13(37), 42–64.
<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80618>
- Passos, E., Barros, & R. B. de. (2012) A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In E. Passos, V. Kastrup, & L. da Escóssia, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Sulina.
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (Orgs). (2015). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Sulina.
- Passos, E., Kastrup, V., & Tedesco, S. (Orgs.). (2014). *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Sulina.
- Pelbart, P. P. (1990). Manicômio mental: a outra face da clausura. In: A. Lancetti (Org.). *Saúdeloucura*. (pp. 130-138, Vol. 2). Hucitec.
- Pitta, A. M. F., & Guljor, A. P. (2019). A violência da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. *Cadernos do CEAS Revista crítica de humanidades*, 246, 6-14.
<https://doi.org/10.25247/2447-861x.2019.n246.p6-14>

- Pimentel Melo, F. C., Suelly, A. S de O, Sousa, A. K. de O., Melo Júnior, E. B. de, Campelo, L. L. de C. R, Ibiapina, A. R. S de, & França, L. C. (2022). Análise das internações psiquiátricas pelo SUS no Piauí, Brasil, de 2008 a 2020. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–13. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81576>
- Pommer, C. D., & Rocha, C. F. (2015). Nau da Liberdade: travessia nômade entre teatro e saúde mental em desinstitucionalização. *Revista Polis e Psique*, 5(3), 45–60. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.56996>
- Portugal, C. M., Mezza, M., & Nunes, M.. (2018). A clínica entre parênteses: reflexões sobre o papel da arte e da militância na vida de usuários de saúde mental. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 28(2), e280211, 1-19 <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280211>
- Preciado, P. B. (2018b). Prefácio. In S. Rolnik, *Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada*. N-1 edições.
- Prefeitura de Fortaleza. (2021). *Relatórios Anexos Plano Plurianual PPA 2022-2025*. [https://transparencia-cdn.sefin.fortaleza.ce.gov.br/PLANEJAMENTO/PPA/Plano%20Plurianual%20\(PPA\)%202022-2025%20-%20Volume%20II.pdf](https://transparencia-cdn.sefin.fortaleza.ce.gov.br/PLANEJAMENTO/PPA/Plano%20Plurianual%20(PPA)%202022-2025%20-%20Volume%20II.pdf)
- Providello, G. G. D., & Yasui, S. (2013). A loucura em Foucault: arte e loucura, loucura e desrazão. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 20(4), 1515–1529. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702013000500005>
- Quinderé, P. H. D., de Almeida Sales, F. D., Alves Albuquerque, R., & Salette Bessa Jorge, M. (2010). A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: Saúde

Mental em Fortaleza, CE. *Saúde em Debate*, 34(84), 137-147.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341770016>

Resende, H. (1990). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. Tundis & N. Costa (Orgs). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 55-73). Vozes.

Ribas, C. T. (2022). Diagramas especulativos a partir da análise institucional, ‘desejos de grupo’ no Brasil em crise. *MODOS: Revista De História Da Arte*, 6(2), 517–550. <https://doi.org/10.20396/modos.v6i2.8668501>

Ribeiro, S. F. R. (2007). Grupo de expressão: uma prática em saúde mental. *Revista da SPAGESP*, 8(1), 25-35.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702007000100004&lng=pt&tlng=pt

Rivera, T. (2014). O sujeito está na arte. *Viso Cadernos de estética aplicada*, 8(15), 236–247. <https://doi.org/10.22409/1981-4062/v15i/188>

Rivera, T. (2020). Loucura, expressão e abstração: a tensa relação entre Nise da Silveira e Mário Pedrosa no Engenho de Dentro. *Revista Concinnitas*, 21(37), 339–363. <https://doi.org/10.12957/concinnitas.2020.51068>

Rivera, T. (2022). Contra a Arte Bruta: sofrimento mental, segregação e arte contemporânea. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 25(4), 757–779. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n4p757.13>

Rolnik, S. (1993). Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de Subjetividade*, 1(2), 241-251.

<https://doi.org/10.2354/cs.v1i2.38134>

Rolnik S. (2006a). Uma terapêutica para tempos desprovidos de poesia. In C. Diserens C, & S. Rolnik (Orgs). *Lygia Clark: da obra ao acontecimento. Somos o molde. A você cabe o sopro* (pp. 13-17). Pinacoteca do Estado de São Paulo.

Rolnik, S (2006b). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Sulina.

Rolnik, S (2015). *Lygia Clark e o híbrido arte/clínica*. Revista Concinnitas, 1(26), 104–112. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/concinnitas/article/view/20104>

Rolnik, S (2018). *Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada*. N-1 edições.

Rohden, F (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Editora Fiocruz.

Romagnoli, R.C. (2017). Verdades e desestabilizações: crise, crítica e clínica na trama da imanência. *Revista Polis e Psique*, 7(2), 135-152.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000200010&lng=pt&tlng=pt.

Romagnoli, R. C. (2014). O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicol. Soc.*, 26(1), 44-52. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100006>

- Roscoche, K. G. C, Sousa, A.A.S, & Aguiar, A. S. C (2022). Artes visuais no cuidado de enfermagem em saúde mental: uma revisão integrativa. *Archives of Health Sciences*, 26(1), 55–61. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.1.2019.1271>
- Safatle, S. (2018). Em direção a um novo modelo de crítica: as possibilidades de recuperação contemporânea do conceito de patologia social. In V. Safatle, N. Silva Junior, & C. Dunker, C. (Orgs.), *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico* (pp. 7-31). Autêntica.
- Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Autêntica.
- Santos, E. O., Christello, V. C. C.; & Prado, L. K, Pinho, L. B. de, Andrade, A. P. M. de, & Eslabão, A. D. (2017). Reunião de equipe: proposta de organização do processo de trabalho. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(3), 606-613. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.606-613>
- Santos, J. N. G. dos ., Arenhardt, A. S., Moreira, A. M. de A., Vaz, H. J., Souza, M. V. S. de, Oliveira, T. I. da C., Vasconcelos, L. A. de., Vallinoto, I. M. V. C., Cruz, M. N. M., & Coêlho, K. A. A. (2022). Hospitalizations for mental and behavioral disorders, Northern region, Brazil, from 2017 to 2021. *Research, Society and Development*, 11(10), e300111030593, 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.30593>
- Scardoelli, M. G. da C., Waidman, M. A. P. "Grupo" de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. *Esc Anna Nery*, 15(2), 291–299. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200011>

- Schenkel, J. M., Silva, G. W. dos S., Amorim, A. K. de M. A., Miranda, F. A. N. de ., Carvalho, J. B. L. de, Ribeiro, S. E. A., Almeida, A. C. P. de, & Silva, M. M. (2022). Saúde mental, arte e desinstitucionalização: um relato estético-poético-teatral de uma ocupação da cidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(1), 39–48. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.20002021>
- Scherer, L. A., & Grisci, C. L. I. (2022). Cartografia como método de pesquisa para estudos de trabalho e subjetividade. *Revista de Administração Contemporânea*. <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2022210202.por>
- Silva, M. A. P. da, Giacon-Arruda, B. C. C., Marcheti, P. M., Teston, E. F., Veivenberg, C. G., & Lima, H. de P. (2022). Bordando Saúde: percepção de mulheres em sofrimento psíquico sobre a vivência em uma oficina terapêutica. *Cogitare Enfermagem*, 27, e81933, 1-10. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.81933>
- Simas, L. A; Rufino, L. (2020). *Encantamento: sobre política de vida*. Editora Mórula.
- Sousa, F. S. P. de, & Jorge, M. S. B. (2019). O retorno da centralidade do Hospital Psiquiátrico: retrocessos recentes na política de saúde mental.. *Trabalho, Educação e Saúde*, 17(1), e0017201. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00172>
- Sousa, O. D. N. de, Teixeira, L. C., Nicolau, R. F., & Frare, A. P. (2022). Os efeitos clínicos e institucionais do dispositivo “Construção do Caso Clínico” em um Serviço Residencial Terapêutico. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia*

Fundamental, 25(4), 714–738. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2022v25n4p714.11>

Souza, T. P de, (2015). O método da cartografia: conhecer e cuidar de processos singulares. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), S75-S83. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12042407007>

Tavares, C. M. de M.. (2003). O papel da arte nos centros de atenção psicossocial - CAPS. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 56(1), 35–39. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000100007>

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, ciências, saúde*, 9(1), 25–59. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>

Torre, E. & Steffen, M. (2022). Arte, cultura e saúde mental: experiências internacionais e projetos inovadores na construção de um novo lugar social para a loucura e a diferença. In *Revista Observatório Itaú Cultural* (nº 31) (pp. 53-69). <https://www.doi.org/10.53343/100521/31>.

Verztman, J. (2017). De corpos e de santos: saúde mental, clínica e arte em uma videoinstalação. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 81-96. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p81.6>

Venturini, E. (2010). A desinstitucionalização: limites e possibilidades. *Journal of Human Growth and Development*, 20(1), 138-151. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018

- Voss, G. C., & Peloso, F. C (2021). De(s)colonial artístico como potencialidade de recriação de mundos: lugares de re-existir e re-pensar a si. *PerCursos*, 22(50), 43-64. <https://doi.org/10.5965/1984724622502021043>
- Wanderley, L. (2021). No silêncio que as palavras guardam. N-1 edições.
- Walter, B. E P, & Pinho, G. S. (2017). Crise, Crítica e Clínica. *Revista Polis e Psique*, 7(2), 119-134.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2017000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira* [online]. Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413623>.
- Yasui, S, Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190.
<https://dx.doi.org/10.22456/2238-152X.80426>
- Zanchet, L., Palombini, A. de L., & Yasui, S. (2015). Receituário Mais que Especial: uma intervenção urbana para pensar arte e pesquisa no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1039–1050.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0594>
- Zanello, V. & Silva, R. M. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-79, 2012.
https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/745

Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP do projeto guarda-chuva

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dispositivos artístico-terapêuticos na saúde mental: produção de cuidado em uma perspectiva interseccional da reforma psiquiátrica fortalezense.

Pesquisador: Mariana Tavares Cavalcanti Liberato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73499923.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.322.277

Apresentação do Projeto:

O projeto surge a partir de questionamentos sobre o modo de cuidado psicossocial e sua relação com a arte no processo de reforma psiquiátrica. Fundamentando-se em autores perfilados à Filosofia da Diferença, à Análise Institucional francesa, aos estudos interseccionais e ao paradigma da desinstitucionalização da loucura, o projeto delinea como objetivo geral analisar, sob a ótica interseccional, o cuidado produzido nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral (Tipo II) de Fortaleza-CE, no contexto atual da reforma psiquiátrica, a partir da produção de dispositivos artístico-terapêuticos. Os interlocutores serão usuários, profissionais e gestores dos seis CAPS Geral (Tipo II) que existem, atualmente, na cidade de Fortaleza, a partir do uso de ferramentas tais como entrevistas semiestruturadas; acompanhamento e criação de atividades grupais com uso da arte (salas de espera, rodas de conversa, oficinas e grupos terapêuticos); grupos focais para a discussão sobre cuidado e interseccionalidade a partir dos dispositivos artísticos junto aos profissionais e criação de estratégias de registro das atividades realizadas, além dos diários de campo (fotografias, registros audiovisuais). Com essas ferramentas, se planeja, ao longo de três anos, produzir intervenções e discussões nesses territórios. Espera-se contribuir com a construção de ferramentas que potencializem a produção de um cuidado mais contextualizado em saúde mental, conhecer e mapear os dispositivos artístico-terapêuticos que estão sendo desenvolvidos, discutindo sua relevância na produção de um cuidado interseccional e psicossocial em saúde mental coletiva.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 6.322.277

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar, sob a ótica interseccional, o cuidado produzido nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral (Tipo II) de Fortaleza-CE, no contexto atual da reforma psiquiátrica, a partir da produção de dispositivos artístico-terapêuticos.

Objetivo Secundário:

1) Discutir, sob a perspectiva da interseccionalidade e do paradigma da atenção psicossocial, o conceito de cuidado que baliza o trabalho nos CAPS e seus efeitos na construção dos dispositivos artístico-terapêuticos; 2) Cartografar os efeitos da estratégia de cuidado com arte para usuários, profissionais e gestores dos CAPS; 3) Produzir, junto às equipes, atividades de discussão e compartilhamento de experiências, que possibilitem a construção de um cuidado com arte mais contextualizado e que dê suporte às atuais questões interseccionais, profissionais e técnicas do serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto indica quanto aos riscos:

Os riscos de participação são mínimos e dizem respeito à possibilidade de algum constrangimento, incômodo ou desconforto desencadeados por alguma pergunta feita no decorrer das entrevistas ou por alguma experiência durante as atividades grupais.

E quanto aos benefícios:

Não há benefícios diretos concedidos aos participantes da pesquisa (não haverá pagamentos). Os benefícios que podem ocorrer são de ordem subjetiva, ao possibilitar um espaço de expressão e elaboração dos participantes. No âmbito do benefício geral, espera-se, também, que as análises construídas possam trazer contribuições para as discussões no campo teórico-prático da saúde mental.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia, assim como a análise dos riscos e benefícios, demonstram observância aos princípios éticos reguladores das pesquisas na área. Seguem mais especificações do encaminhamento metodológico:

Diante da complexidade de linhas, forças e fluxos que vão constituir o mapa pelo qual a política vai ser tecida, utilizaremos como metodologia a pesquisa-intervenção. De acordo com Rocha e Aguiar (2003), a pesquisa-intervenção aparece como uma perspectiva que busca investigar os processos de coletividades, de modo a propor uma intervenção de caráter socioanalítico,

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.322.277

assumindo um estatuto de dispositivo de intervenção em que se afirma o status político que toda investigação constitui. Portanto, segundo as autoras citadas, rompe-se com as perspectivas tradicionais de pesquisa e busca alianças com as bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas, propondo uma intervenção micropolítica na experiência social. Quando se aposta em metodologias coletivas, busca-se fomentar discussões e ações cooperativas, de modo a fragilizar as duras hierarquias das divisões de especialidades que fragmentam os corpos. Utilizaremos a Cartografia como procedimento de pesquisa-intervenção para produzir mapas, em detrimento de meras representações do real (DELEUZE; GUATTARI, 2012). A Cartografia como metodologia se apresenta como uma aposta de conexão ativa com o real produzido na imanência do campo social, pondo em questão os pressupostos hegemônicos da produção de conhecimento, a saber: o método científico, a suposta neutralidade política e o rigor tecnicista e objetivista, o sustentam na complexidade dos agenciamentos, pois só conseguem observar a realidade sob recortes meramente descritivos e/ou interpretativos. Neste sentido, nos apoiamos no seu rigor e somos orientados por algumas pistas com as quais os pesquisadores traçarão suas investigações, acompanhando os fluxos diante da espessura processual do território (BARROS; KASTRUP, 2009). Com a Cartografia, os passos de uma pesquisa são vistos como simultâneos e construtivos, pois se instaura uma temporalidade outra, além de uma política cognitiva diversa que, como apresenta Kastrup (2009), concebe o dado em uma relação engendrada ou encarnada com aquele(a) que agencia o conhecimento, em detrimento de certo realismo, onde as informações estariam prontas para serem coletadas. Entendendo a Saúde Mental como um campo mutável, em constante disputa, construção e transformação, a cartografia nos possibilitará, não um retrato estanque, mas uma paisagem que se compõe de diversas forças e linhas heterogêneas que formam nosso campo de pesquisa-intervenção. Além disso, nos admite a possibilidade de experimentar, inventiva e criativamente o campo que se compõem entre arte, cuidado, política, interseccionalidade e educação permanente. De modo a ser viabilizada de forma potente e estratégica, a pesquisa lançará mão de diferentes dispositivos que possibilitem a experimentação intensiva do campo. Dispositivos são aqui entendidos como os acoplamentos de linhas de naturezas diferentes, conjuntos heterogêneos de curvas de visibilidade e enunciação, linhas de força e de subjetivação (DELEUZE, 1988). Para tanto, elencamos como ferramentas metodológicas a realização de entrevistas semiestruturadas; acompanhamento e criação de atividades grupais com uso da arte (salas de espera, rodas de conversa, oficinas e grupos terapêuticos); grupos focais para a

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC**



Continuação do Parecer: 6.322.277

discussão sobre cuidado e interseccionalidade a partir dos dispositivos artísticos junto aos profissionais e criação de estratégias de registro das atividades realizadas, além dos diários de campo (fotografias, registros audiovisuais).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória encontram-se de acordo com as exigências deste Comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O colegiado emite parecer favorável à execução da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1845518.pdf	25/07/2023 20:53:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	25/07/2023 20:44:00	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados.pdf	25/07/2023 20:42:48	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	25/07/2023 20:41:39	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Carta_solicitando_apreciacao.pdf	25/07/2023 20:41:16	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	25/07/2023 20:39:50	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Curriculim_Vitae_do_Pesquisador_Principal.pdf	25/07/2023 20:37:05	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Pesquisadores.pdf	25/07/2023 20:35:47	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia.pdf	25/07/2023 20:34:24	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/07/2023 20:31:21	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	25/07/2023 20:30:44	CAMILA RIBEIRO DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ PROPESQ - UFC



Continuação do Parecer: 6.322.277

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 25 de Setembro de 2023

Assinado por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Anexo B - Declaração de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde



Saúde

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa **"DISPOSITIVOS ARTÍSTICO-TERAPÊUTICOS NA SAÚDE MENTAL: PRODUÇÃO DE CUIDADO EM UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL DA REFORMA PSQUIÁTRICA FORTALEZENSE."**, da pesquisadora responsável **PROFA. DRA. MARIANA TAVARES CAVALCANTI LIBERATO**, do **DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**, da **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC**, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências **CAPS GERAL DE TODAS AS REGIONAIS**, da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de: **AGOSTO DE 2023 A DEZEMBRO DE 2025**, não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/SMS no: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido par Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: coepp@sms.fortaleza.ce.gov.br, ficando ciente(s) de que a COEPP/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

Fortaleza, 21 de julho de 2023.

Anamaria Cavalcante e Silva
Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais

Anexo C - Modelo de TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Dispositivos artístico-terapêuticos na saúde mental: produção de cuidado em uma perspectiva interseccional da reforma psiquiátrica fortalezense”, coordenada pela Profa. Dra. Mariana Tavares Cavalcanti Liberato, vinculada ao Departamento de Psicologia e ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Esse projeto de pesquisa tem como objetivo analisar, sob a ótica interseccional, o cuidado produzido nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral (Tipo II) de Fortaleza-CE, no contexto atual da reforma psiquiátrica, a partir da produção de dispositivos artístico-terapêuticos. Para tanto, usaremos algumas ferramentas de investigação, descritas abaixo, entre as quais você poderá marcar aquelas que se sentir à vontade para participar. Afirmamos que você pode desistir e pedir a retirada de sua participação a qualquer momento da pesquisa e que você terá sua identidade mantida em sigilo.

- **ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS:** Realização de entrevistas semiestruturadas, com questões acerca do contexto atual da RAPS e do CAPS, bem como do cuidado com arte, suas potencialidades e desafios.
- **ATIVIDADES GRUPAIS:** Proposição de atividades grupais oferecidas para os usuários (rodas de conversa/salas de espera), nas quais se trabalhará com dispositivos artísticos para a discussão das temáticas do sofrimento psíquico e do cuidado oferecido pelo CAPS.
- **OFICINAS/GRUPOS ARTÍSTICO-TERAPÊUTICOS JÁ EXISTENTES:** Acompanhamento de oficinas e grupos terapêuticos que se utilizam da arte já existentes no serviço, de modo a observar e compreender a vinculação desses espaços no cotidiano do cuidado dos usuários e do trabalho dos profissionais.
- **GRUPO OPERATIVO:** Os gestores e profissionais serão convidados a participar de grupos operativos para a discussão e troca de experiências sobre as questões interseccionais, profissionais e técnicas do cuidado em saúde.
- **REGISTROS:** Registros em diários de campo, fotos e imagens das atividades, sem identificação dos participantes.

A aceitação ou recusa de participar da pesquisa não traz complicações. Os riscos de participação são mínimos e dizem respeito à possibilidade de algum constrangimento, incômodo ou desconforto desencadeados por alguma pergunta feita no decorrer das entrevistas ou por alguma experiência durante as atividades grupais. Reafirmamos que você terá a liberdade de se recusar a participar e pode, ainda, se recusar a continuar participando a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a você. Sempre que quiser, você pode pedir informações sobre a pesquisa, através da coordenadora da pesquisa Profa. Dra. Mariana Tavares Cavalcanti Liberato, através do telefone (85) 3366.7723 ou pelo e-mail **marianaliberato@ufc.br**

Não há benefícios diretos concedidos aos participantes da pesquisa (não haverá pagamentos). Os benefícios que podem ocorrer são de ordem subjetiva, ao possibilitar um espaço de expressão e elaboração aos participantes. No âmbito geral, espera-se, também, que as análises construídas possam trazer contribuições para as discussões no campo teórico-prático da Saúde Mental.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos, conforme **Resoluções 466/12 e 510/2016** do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à dignidade dos participantes. Para maiores informações sobre essas questões, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, através do telefone: 3366.8344 /3366-8346, de segundas às sextas-feiras, das 8h-12h.

As informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes. Apenas os membros do grupo de pesquisa terão conhecimento dos dados, que serão utilizados, unicamente, para o desenvolvimento e publicização do conhecimento construído na pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para que você possa participar desta pesquisa. Para isso, preencha os itens que seguem.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa **“Dispositivos artístico-terapêuticos na saúde mental: produção de cuidado em uma perspectiva interseccional da reforma psiquiátrica fortalezense”**.

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Mariana Tavares Cavalcanti Liberato

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Av. da Universidade, 2762 – Benfica – Centro de Humanidades II –

Fortaleza/CE **Telefones para contato:** (85) 3366.7723

ATENÇÃO: Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366.8344/3366.8346. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Eu, _____, _____ anos,

RG: _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que concordo em participar desta pesquisa e que meus dados sejam utilizados para o propósito descrito neste termo. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Estou ciente de que meus dados serão mantidos de forma sigilosa e que apenas os pesquisadores terão acesso a estes dados e compreendo que as respostas poderão ser usadas em publicações científicas, porém nenhuma informação pessoal minha será divulgada. Declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou a pesquisa

Assinatura

Nome da testemunha
(Se aplicável)

Assinatura
(Se aplicável)