



Universidade Federal de São Paulo
Campus Baixada Santista



Curso de Serviço Social

RAFAELLE REIS DONZALISKY

CONTRA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: O papel do Teatro do Oprimido no resgate da cidadania do usuário da saúde mental.

SANTOS
2018

RAFAELLE REIS DONZALISKY

CONTRA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA: O papel do Teatro do Oprimido no resgate da cidadania do usuário da saúde mental.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UC Oficina de TCC, do
Curso de Serviço Social da UNIFESP –
Campus Baixada Santista.

Orientadora: Prof^a Dra^a Tânia Maria
Ramos de Godoi Diniz

**SANTOS
2018**

D689c	<p>Donzalisky, Rafaelle Reis.</p> <p>Contra a institucionalização da loucura: o papel do Teatro do Oprimido no resgate da cidadania do usuário da saúde mental. / Rafaelle Reis Donzalisky; Orientadora Tânia Maria Ramos de Godoi Diniz. - Santos, 2018.</p> <p>50 p. ; 30cm</p>
	<p>TCC (Graduação - Serviço Social) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2018.</p> <p>1. Teatro do Oprimido. 2. Saúde mental. 3. Serviço Social. 4. Saúde mental. I. Diniz, Tânia Maria Ramos de Godoi, Orient. II. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 361.3</p>

DEDICATÓRIA

É com muita alegria que dedico este espaço para agradecer às pessoas importantes para a conclusão deste trabalho e para a minha formação, muitas delas fazem parte da minha vida há tempos.

Agradeço ao meu companheiro Henrique, por sempre me apoiar e por me incentivar a realizar mais esse sonho; é muito gratificante encontrar um porto seguro dentro do meu próprio lar.

Quero registrar meus agradecimentos aos meus sogros Elisabete e Luis Fernando, que com zelo e amor cuidaram do neto Fernando para que eu pudesse realizar meus estudos, muito obrigada pelo carinho de vocês.

A meu filho Fernando agradeço a compreensão pela ausência de todas as noites, pelo amor que sempre me dedicou e pela benção de ser sua mãe.

Agradeço a minha grande amiga Rose pelo incentivo, por vibrar junto comigo diante de cada conquista e por estar sempre por perto!

Às minhas amigas Elaine e Vitória, grata pela amizade e pela força!

Agradeço também a Priscila por aceitar o convite para a importante missão de ser a leitora deste trabalho.

A minha orientadora Tânia, agradeço por todo o apoio dispensado durante a minha formação e por me ajudar a concluir esta fundamental etapa do curso.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I.....	12
1.1 A Trajetória da Política da Saúde Mental no Brasil.....	13
1.2 Pós Reforma Psiquiátrica – Limites e Desafios	16
1.3 Arte e Saúde Mental: Os primeiros protagonistas.....	18
CAPÍTULO II.....	20
2 BREVE ANÁLISE SOBRE ALGUNS FATORES DENTRO DA SOCIEDADE CAPITALISTA, DETERMINANTES PARA O ADOECIMENTO MENTAL	20
2.1 O trabalho como elemento central na engrenagem do sistema capitalista e humanamente adoecedor.....	21
2.2 A Cultura do Consumo	24
2.3 O papel das Mídias Sociais	28
2.4 Além da patologização da loucura.....	29
CAPÍTULO III.....	32
3 A ARTE E SAÚDE MENTAL – Rompendo com a hierarquização da cultura.....	32
3.1 O teatro do Oprimido na saúde mental.....	35
3.2 Um campo fértil para imaginações delirantes	36
3.3 O Teatro do Oprimido em Cena pelo Brasil	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	47

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso é resultado de pesquisa bibliográfica, baseada em literatura sobre a saúde mental, em livros e artigos científicos provenientes de bibliotecas convencionais e virtuais, bem como no conhecimento empírico da autora sobre o uso do Teatro do Oprimido contra a institucionalização no campo da saúde mental. Objetiva-se conhecer a evolução histórica da política de saúde mental no Brasil, abordar alguns elementos inerentes da sociedade capitalista que contribuem para o adoecimento mental, bem como apreender a relevância da arte como prática terapêutica e ferramenta potencializadora no resgate da cidadania do usuário da saúde mental. Vimos que o teatro do oprimido tem caráter pedagógico, sua base teórica é a pedagogia do oprimido de Paulo Freire, na qual a premissa principal é o aprendizado do sujeito a partir da sua realidade, estimulando a sua reflexão crítica que possibilita uma ação transformadora, e por esse motivo é um elemento importante contra a institucionalização. Esta pesquisa tem uma abordagem voltada também para atuação do (a) assistente social na sua prática profissional, destacando a dimensão pedagógica da profissão e a possibilidade de construir, junto aos usuários, estratégias contra hegemônicas dentro dos espaços. Por fim, pretende-se apresentar o Teatro do Oprimido como estratégia de enfrentamento à lógica institucionalizante da loucura, por meio do fortalecimento das potencialidades humanas dos próprios usuários.

PALAVRAS CHAVES: TEATRO DO OPRIMIDO, SAÚDE MENTAL, SERVIÇO SOCIAL.

ABSTRACT

This undergraduate thesis is the result of bibliographical research based on mental health literature, as well as the empirical knowledge of the author about the use of Theater of the Oppressed against the institutionalization in the area of mental health. The aim is to know the historical evolution of mental health politics in Brazil, to approach some elements of the capitalist society that contribute to mental illness, as well as to understand the relevance of art as a therapeutical practice and a potentiator tool to empower the users of mental health system. The Theater of the Oppressed has a pedagogical feature, its theoretical basis is the pedagogy of the oppressed by Paulo Freire, whose main premise is the learning of the subject from his/her reality, stimulating the critical reflection that allows a transformer action, therefore this is an important element against the institutionalization. This research has also an approach related to the work of the social worker in his/her professional practice, highlighting the pedagogical dimension of the profession and the possibility of building, together with the users, non-hegemonic strategies inside the spaces. At last, we aim to present the Theater of the Oppressed as a strategy to face the institutionalizing logics of madness, through the strengthening of human potentiality of the users themselves.

KEY WORDS: THEATER OF THE OPRESSED, MENTAL HEALTH, SOCIAL WORK

INTRODUÇÃO

Para compreensão da temática saúde mental, se faz necessário um breve resgate histórico dos modelos adotados para tratar os “loucos”.

De acordo com Costa-Rosa e Devera (2007), os hospícios brasileiros surgiram quase na mesma época que a República e seguiam a lógica de tratamento pineliana¹, ou seja, tinham como base a necessidade de cura dessas pessoas consideradas doentes mentais, por meio de um projeto terapêutico.

Antes de Pinel, na Idade Média, as pessoas consideradas loucas eram isoladas da sociedade, confinadas em um manicômio em companhia de mendigos, mulheres e homens “desajustados”, pessoas que não cumpriam a ordem social vigente e que, de alguma forma, não eram socialmente aceitos. O objetivo desse isolamento não era tratar os isolados, e sim proteger a sociedade desse grupo de pessoas que oferecia riscos à moral e aos bons costumes. (COSTA-ROSA, 2013).

Após a Segunda Guerra Mundial, a estrutura asilar de Pinel começou a sofrer fortes críticas diante das denúncias de maus-tratos e desumanidade nos manicômios. Tal crise evidenciou-se pela preocupação dos próprios psiquiatras sobre a eficácia do tratamento, e pelo governo, devido aos altos índices de cronicidade das doenças mentais, gerando um grande prejuízo na capacidade de convivência social. Nesse contexto, a psiquiatria social emergiu, com mudança do foco da doença mental para a saúde mental. Vários modelos alternativos ao hospital psiquiátrico surgiram e passaram a ser desenvolvidos a partir da década de 1940. Todos eles apresentavam em comum o fato de questionar o caráter terapêutico do modelo hospitalocêntrico.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil teve grande inspiração na experiência italiana, liderada por Franco Basaglia², que assumiu o hospital provincial de Gorizia, em 1961. Na ocasião, junto com seus colegas, Basaglia passou a reformular as práticas realizadas pelos profissionais no tratamento dos doentes e trouxe grandes mudanças na forma de pensar da psiquiatria, projetando-a para o campo social.

¹ Referência a Philippe Pinel (1745-1826), médico psiquiatra do século XVIII, pioneiro em sua época, que defendia o tratamento dos doentes mentais em manicômios, modelo hegemônico até a reforma psiquiátrica.

² Franco Basaglia (1924-1980), médico e psiquiatra. Foi precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecida como Psiquiatria Democrática.

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), ao final da década de 1970, impulsionou o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em dezembro de 1978, ocorreu o “II Congresso Nacional do MTSM”, na cidade de Bauru, no Estado de São Paulo. Os trabalhadores da saúde mental se reuniram para estabelecer diretrizes para as políticas públicas do setor, tendo como norte, práticas socializadoras e contrárias à internação hospitalar dos pacientes. A ideia central é projetar o sujeito além do seu rótulo como paciente, como um cidadão de direitos (LÜCHMANN e RODRIGUES, 2007). A partir desse encontro, o movimento passou a assumir a denominação de Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, organizando também o dia 18 de maio como “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”.

Quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não a miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação (BASAGLIA, 1982, p.29)

Os encaminhamentos do congresso de Bauru repercutiram na estrutura da assistência psiquiátrica brasileira, e surgiram novas modalidades de atenção em substituição ao modelo psiquiátrico tradicional. É uma proposta de tratamento sem confinamento, por meio de acompanhamento clínico e psicológico, e propondo atividades que visam à cidadania, através do lazer, da arte e da ênfase ao apoio familiar e comunitário. São desenvolvidas atividades como música, dança, literatura, e o Teatro do Oprimido também é uma delas.

O Teatro do Oprimido (TO) é uma modalidade de teatro com uma proposta diferente do teatro convencional. É uma forma de democratização da arte, voltado para a participação social e política do sujeito e tem caráter reflexivo, biográfico e educativo. Desenvolvido pelo teatrólogo e dramaturgo Augusto Boal,³ o Teatro do Oprimido é uma proposta ético-estética para intervenção nas relações de poder, tendo como objetivo humanizar a humanidade. No TO, o sujeito “pode ver-se no ato de ver, de agir, de sentir, de pensar. Ele pode se sentir sentindo, e se pensar pensando” (BOAL, 2002, p. 27).

Percebe-se que a proposta do teatro vem em oposição ao isolamento do usuário da saúde mental e à medicalização abusiva, já que para a sociedade o

³ Augusto Pinto Boal (1931-2009), diretor de teatro, dramaturgo e ensaísta brasileiro, uma das grandes figuras do teatro contemporâneo internacional.

doente mental é visto de diversas maneiras, mas todas se referindo à negação de sua existência, ao não poder permanecer visível socialmente. A partir do momento em que é internado, ele some. Desaparece. Só é permitida sua existência dentro do internamento, onde é exigida sua correção. Porém, de acordo com psicólogo Rosenhan⁴, os problemas não eram necessariamente as mentes, e sim a maneira pouco eficiente de se fazer diagnósticos. O instrumento usado por médicos e psiquiatras nessa tarefa era (e continua sendo) o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM). O manual é reconhecido pela Associação Americana de Psiquiatria como a lista oficial de doenças mentais e é usado em hospitais e consultórios psiquiátricos do mundo inteiro.

Baseando-se nessa informação sobre medicação e tratamentos abusivos que ocorrem nos equipamentos hospitalares fechados, será desenvolvido esse trabalho de conclusão de curso, que pretende refletir sobre outra forma de atenção ao sofrimento mental, tal como a arte como parte das práticas terapêuticas dentro dos espaços públicos como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Sendo assim, esse trabalho tem como objetivo geral apreender a relação entre as temáticas arte e saúde mental, para entender sua contribuição na prática terapêutica dos usuários de saúde mental. E como objetivos específicos, conhecer a evolução histórica da política de saúde mental no Brasil; identificar alguns fatores, dentro da sociedade, determinantes para o adoecimento mental; aprender sobre a utilização da arte como prática terapêutica e identificar a sua relevância como ferramenta potencializadora no resgate da cidadania do usuário da saúde mental.

Para que todas as questões sejam vistas de forma objetiva, o trabalho foi estruturado em três capítulos: o primeiro abordará a saúde mental e a trajetória política da saúde mental. O segundo capítulo é dedicado a identificar alguns fatores determinantes dentro da sociedade capitalista que contribuem para o adoecimento mental. O terceiro e último capítulo aborda como é possível contribuir para o resgate da cidadania do usuário da saúde mental, por meio da arte na visão do Teatro do Oprimido.

Para isso, foi utilizada como metodologia a pesquisa bibliográfica, baseada em literatura sobre a saúde mental, em livros e artigos científicos provenientes de bibliotecas convencionais e virtuais. O estudo é descritivo-

⁴David L. Rosenhan era um psicólogo americano. Ele é mais conhecido pelo experimento Rosenhan, um estudo que questiona a validade dos diagnósticos psiquiátricos.

exploratório, pois visa à aproximação e familiaridade com o fenômeno-objeto da pesquisa, descrição de suas características, criação de hipóteses e apontamentos, e estabelecimento de relações entre as variáveis estudadas no fenômeno (Gil, 2008)

CAPÍTULO I

1 SAÚDE MENTAL

Na Grécia antiga, a loucura ocupava um lugar de saber. Os denominados loucos eram considerados pessoas que traziam mensagens dos deuses, ou seja, eram eles que aproximavam os homens dos deuses (MELLO, 2012).

No decorrer do tempo, precisou-se entender melhor sobre o verdadeiro significado da loucura, chegando assim às diversas visões sobre psicose. De acordo com o dicionário de psicanálise, psicose trata, de forma geral, das doenças mentais, da loucura e da alienação (LAPLANCHE e PONTALIS, 2014).

Para o criador da psicanálise, Freud⁵, os pacientes psicóticos possuem a peculiaridade de revelar aquilo que os neuróticos se esforçam, interminavelmente, em guardar segredo, mostrando o quão é difícil a análise de pacientes psicóticos (JUNG, 2011, sem paginação).

Percebe-se que a temática saúde mental vai muito além de ser descrita apenas como uma patologia ou mesmo uma semiologia. Na verdade, pode-se dizer que é uma complexa rede de conhecimento que une psiquiatria, neurologia, psicologia, neurociência, psicanálise, fisiologia, filosofia, antropologia, sociologia e história. O Serviço Social tem relevante importância, pois a temática abordada perpassa seus diversos campos de atuação.

O diagnóstico para saúde mental é algo muito difícil em alguns casos. O psiquiatra Ronald David Laing usava o existencialismo de Sartre como tentativa de ajudar o paciente a significar a sua própria existência, o que levava a crer que a psicose em si tinha um significado existencial. Com isso, ele fez surgir sua reflexão sobre o que é verdade, que se define de maneira subjacente:

O homem pode, em particular, ser visto como pessoa ou coisa, ora, o mesmo objeto, focalizado de diferentes pontos de vista, dá origem a duas descrições inteiramente diversas, e estas provocam duas teorias inteiramente diversas, que resultam em dois grupos inteiramente diversos, de ação. A forma inicial de ver uma coisa determina todas as nossas relações com ela (LAING, 1973, p. 21)

⁵Sigismund Schlomo Freud (1856-1939), mais conhecido como Sigmund Freud, importante médico neurologista, criador da psicanálise.

1.1 A Trajetória da Política da Saúde Mental no Brasil

No Brasil colônia, depois da chegada dos jesuítas, que viam no povo indígena pessoas possuídas por algo sobrenatural, ou simplesmente os condenava à loucura por terem seus próprios costumes religiosos, às pessoas que realmente eram doentes mentais dispensava-se de tratamento em função de suas posses ou se sua “loucura” fosse considerada controlável (RIBEIRO, 1999).

Os abastados e relativamente tranquilos eram tratados em domicílio e às vezes enviados para a Europa... Se agitados, punham-nos em algum cômodo separado, soltos ou amarrados, conforme a intensidade da agitação. Os pobres, tranquilos, vagueavam pelas cidades, aldeias, ou pelo campo, entregues às pilhérias da garotada, malnutridos pela caridade pública. Os agitados eram recolhidos às cadeias onde eram barbaramente amarrados ou piormente alimentados, muitos faleceram mais ou menos rapidamente. (RIBEIRO, 1999, p.18)

Ressalta-se que não havia nenhuma estrutura e até mesmo disposição para que os doentes mentais tivessem cuidados adequados à sua situação psiquiátrica. Nem mesmo as Santas Casas, que já existiam naquela época, dispunham de acolhimento médico-hospitalar para esses doentes.

Nota-se nesta época uma medicina baseada em Hipócrates e Galeno, ou seja, uma medicina empírica e sem profissionalismo.

Foi a partir do século XIX que a psiquiatria no Brasil teve o seu desenvolvimento, contudo, apenas depois da criação das escolas médico-cirúrgicas. Os médicos formados a partir dessa data tinham em seus currículos influências das escolas europeias e sua confiabilidade pôde introduzir no Brasil os primeiros institutos para o estudo de doenças que, até os dias atuais, gozam de larga fama, entre eles podemos citar o Instituto Adolfo Lutz⁶ e o Instituto Oswaldo Cruz⁷(RIBEIRO, 1999).

Contudo, ainda não era o bastante, pois as instituições psiquiátricas, na sua inalterável forma de asilo, hospício ou hospital, visavam muito mais afastar os doentes da sociedade do que realmente tratá-los ou minorar seu sofrimento.

⁶O Instituto atua nas áreas de Bromatologia e Química, Biologia Médica e Patologia, além de produzir conhecimentos relevantes para a saúde coletiva, desenvolvendo pesquisas aplicadas, promovendo e divulgando trabalhos científicos, colaborando na elaboração de normas técnicas, padronizando métodos diagnósticos e analíticos e organizando cursos de formação técnica, de aperfeiçoamento e estágios de aprimoramento.

⁷Instituição de pesquisa e desenvolvimento em ciências biológicas localizada no Rio de Janeiro, considerada uma das principais instituições mundiais de pesquisa em saúde pública. Foi fundada pelo Dr. Oswaldo Cruz, um notável epidemiologista, onde antes era o Instituto Soroterápico Federal.

Ressalta-se que, mesmo depois, com a criação de estabelecimentos específicos para o tratamento psiquiátrico, continuaram durante longa data a prevalecer os manicômios, que expunham os doentes a maus tratos (PESSOTTI, 2001).

No período entre 1926 e 1928, com o intuito de melhorar a assistência psiquiátrica e aperfeiçoar o cuidado aos doentes, criou-se a filosofia Eugenia⁸, que se adaptava aos preconceitos da época e, de influência política de direita, era inspirada no nazismo europeu.

Psiquiatras renomados como Alberto Farani, Ignácio Cunha Lopes, Ernani Lopes, Julio Porto Carrero, Renato Kehl e Xavier de Oliveira seguiam essa filosofia. Neste período, nota-se que a psiquiatria alemã conseguia implantar-se no pensamento dos médicos psiquiátricos da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), pois realizava o papel crítico da cultura brasileira e não apenas da reformulação do método psiquiátrico em si (SEIXAS, MOTA e ZILBREMANN, 2009).

Porém, contrapondo à eugenia e também à “higiene social da raça”, outros médicos, paralelamente, desenvolveram atividades que visavam a aperfeiçoar a assistência psiquiátrica e humanizar verdadeiramente o atendimento aos doentes mentais. Um dos médicos que atuou nesse processo foi Ulysses Pernambucano, que promoveu a humanização nos hospitais, conduziu a psiquiatria ao estudo intercultural, introduziu o interesse da psicologia e da sociologia, e criou ambulatórios em serviços públicos e escolas especiais para deficientes mentais (RIBEIRO, 1999).

De acordo com Cerqueira (1989) as conquistas de Ulysses Pernambucano, entre elas o serviço de higiene mental, o ambulatório, o serviço

⁸ A eugenia é a seleção dos seres humanos com base em suas características hereditárias com objetivo de melhorar as gerações futuras. A eugenia defende que raças superiores e de melhores estirpes conseguem prevalecer de maneira mais adequada ao ambiente.

aberto, o hospital psiquiátrico e o manicômio judiciário, tinham uma estrutura que permitia a ligação de cada instância, e uma apoiava a outra.

Atualmente, a saúde mental no Brasil, é um reflexo da política adotada depois do governo de 1964. Já na década de 1970, iniciou-se o processo de redemocratização no país, o que gerou acontecimentos importantes nas décadas futuras como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, na cidade de Santos, e a revisão legislativa⁹ proposta pelo deputado em exercício na época, Paulo Delgado. Nos anos 1990, o Brasil se torna signatário da Declaração de Caracas, pelo qual se propõe a reestruturação da assistência psiquiátrica e, em 2001, há aprovação da Lei¹⁰ que torna obrigatória a proteção e os direitos das pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais, redirecionando assim o modelo de assistência à saúde mental no Brasil.

O texto aprovado foi organizado em treze artigos, e sua ementa “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial (BRASIL, 2001). Os dois primeiros artigos tratam dos direitos da pessoa “acometida de transtorno mental”, entre eles o de ser tratada “preferencialmente” em serviços comunitários de saúde mental. O terceiro artigo responsabiliza o Estado pelo desenvolvimento da política de saúde mental, pela assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. Do artigo 4º ao 10º, a Lei trata da interação e regulamenta a internação voluntária. O 11º trata da necessidade de consentimento do paciente para a realização de pesquisas, o 12º discorre sobre a necessidade de o Conselho Saúde acompanhar a implementação da Lei; e o último determina que a Lei entra em vigor a partir da data de publicação. (HEIDRICH, 2007 p .115)

A Lei aprovada em 2001 indica que o tratamento do usuário da saúde mental deve ser preferencialmente em serviços comunitários de saúde. Contudo, nesse termo, há uma brecha para que o equipamento de modelo asilar continue sendo uma alternativa ao tratamento do usuário, permitindo a existência de um modelo de tratamento oposto aos CAPS. (HEICRICH, 2007).

⁹Projeto de lei nº 3.657 DE 1989.

¹⁰Lei Federal 10.216 DE 2001.

1.2 Pós Reforma Psiquiátrica – Limites e Desafios

Após a aprovação da Lei 10.216, os hospitais psiquiátricos foram, gradualmente, substituídos pela RAPS¹¹, Rede de Atenção Psicossocial. O número dos Centros de Atenção Psicossocial cresceu de 295 para 2.340 no país.

Segundo o Ministério da Saúde, o número de leitos em hospitais psiquiátricos baixou de 51.393, em 2002, para 25.126, em 2015. A redução começou antes – em 1991, eram 85.037 (BRASIL, 2015).

Paulo Amarante (2017, p. 2) informa que atualmente existem algumas dificuldades para o funcionamento do modelo de cuidado da saúde defendido na reforma psiquiátrica. Uma delas é a carência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especialmente os de tipo 3, dedicados a pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, que funcionam em período integral e têm capacidade para acolher usuários em situações de crise. “Com o processo de fechamento gradativo dos manicômios, que se iniciou com a Reforma Psiquiátrica, a lógica seria investir primeiramente no CAPS 3, porém foi priorizada a criação de CAPS 1”, adverte, referindo-se ao equipamento que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas que não prevê o acolhimento temporário.

Em 2017, O Ministério da Saúde declarou que há investimento na área Segundo informa, no Brasil, existem atualmente 2.466 CAPS, o que representa um crescimento de 836% em relação a 2001, quando havia apenas 295 unidades. Além dos CAPS, a Rede de Atenção Psicossocial conta com 35 unidades de acolhimento de adultos no país e 22 infantis, e 495 residências terapêuticas. Porém, Roberto Tykanori (2017, p.3), psiquiatra e ex-coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da pasta durante o governo do PT, alerta que esses números são poucos expressivos e que, a partir de 2016, houve uma estagnação abrupta, por um projeto de governo que visa, “literalmente, destruir a máquina pública”.

¹¹ Amparada pela PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011^a. Trata-se de uma complexa rede, financiada pelo Fundo Nacional de Saúde, composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Unidades Básica de Saúde, Consultório na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial(CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Essa política abrange também o programa de Volta para Casa, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

O primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, apresentado pelo Ministério da Saúde em setembro de 2017, confirma, por meio de dados, o congelamento de investimentos na saúde mental. Aponta as altas taxas de suicídio entre idosos com mais de 70 anos e demarca um índice ainda maior entre jovens, principalmente homens e indígenas. Em contrapartida, o mesmo relatório indica que os serviços de assistência psicossocial são recursos fundamentais na prevenção do suicídio, pois nos locais onde existem os CAPS o risco de suicídio diminui em 14%. Rosana Onocko Campos, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e membro do Grupo Temático de Saúde Mental da Abrasco, denuncia que o investimento nos equipamentos públicos está estagnado, pois o Estado tem transferido os recursos públicos para o setor privado, precarizando os serviços prestados “Apesar da comprovação da importância desses centros, sabemos que há milhares de cidades no Brasil que não têm cobertura. Isso se deve ao fato de os recursos estarem sendo transferidos para as comunidades terapêuticas” (CAMPOS, 2017, p.3)

Podemos afirmar que, atualmente, na saúde existem, pelo menos, dois projetos em disputa: aquele em concordância com a Reforma Sanitária, o qual prevê tratamento prioritário nos serviços comunitários de saúde da rede RAPs, e outro que tem o cuidado da saúde vinculado ao Mercado ou Privatista, financiado pela máquina pública.

Essa disputa se torna ainda mais dramática no contexto de crise econômica e política. Conforme afirma Yazbec (2014, p. 683), a crise de 2008 que atingiu as grandes potências econômicas do mundo, como Estados Unidos da América e Europa, causou um efeito de corrosão das condições de trabalho e dos direitos sociais, implicando numa lógica neoconservadora, a qual orientou as políticas sociais. Esse movimento fez com que ressurgisse os processos de mercantilização dos direitos sociais e fortaleceu a lógica da meritocracia, a qual desresponsabiliza o Estado de promover o bem-estar social. Nesse contexto, se espalha na sociedade um senso comum de que os gastos na saúde são desnecessários e de que os serviços públicos são ineficientes porque são geridos por corruptos. A privatização encontra, então, adesão da sociedade e espaço para se concretizar.

1.3 Arte e Saúde Mental: Os primeiros protagonistas

Um dos principais protagonistas no processo de utilizar a arte no tratamento da saúde mental foi Osório Cesar, que, além de psiquiatra, era músico e crítico de arte. Trabalhou no hospital psiquiátrico de Juquery de São Paulo, a partir de 1920. Seu trabalho incluía coleta e análise de desenhos e de qualquer forma registrada de expressões que os pacientes faziam em folhas de papel, parede e até no chão daquele hospital.

Osório considerava o conteúdo produzido pelos pacientes mais do que traços feitos por loucos, mas uma produção de qualidade artística, capaz de estabelecer uma nova forma sensível de comunicação, semelhante à arte do movimento modernista. (LIMA E PEUBART, 2007, *apud* CRISTINO, 2016, p.14).

Vislumbrando a possível reinserção do paciente na sociedade, por ocasião da alta do seu tratamento, o psiquiatra criou o departamento de arte do hospital Juquery. Por meio do seu trabalho, aliando prática clínica e arte embasadas no cunho social, buscava sempre desenvolver ações que potencializassem as qualidades de seus pacientes, e acreditava que a criatividade da loucura era o elemento capaz de proporcionar o resgate da cidadania do usuário da saúde mental, possibilitando assim a sua circulação nas diversas esferas da comunidade.

Nesse sentido, foram organizadas exposições dos trabalhos dos pacientes, a fim de demonstrar à sociedade determinadas qualidades dos mesmos negligenciadas pelo olhar patologizante que predominava aquele contexto histórico.

Duas décadas mais tarde, dentro do hospital Pedro II, no Rio de Janeiro, Nise da Silveira desenvolveu seu trabalho tendo como norte o movimento capitaneado por Osório César.

Motivada pela sua repulsa às práticas extremamente invasivas e até violentas, consideradas de alto desempenho dentro da psiquiatria, como lobotomia e eletrochoques, a psiquiatra surgiu como uma força de resistência e crítica às metodologias terapêuticas aplicadas, e representou, corajosamente, a inovação das práticas profissionais que possuíam como base o respeito, estímulo e afeto no tratamento de seus pacientes.

Buscando obter embasamento teórico e metodológico capaz de enfrentar a corrente psiquiátrica hegemônica no seu tempo, Nise transformou o setor de terapia ocupacional do Hospital Pedro II em um local de pesquisa.

Durante os 28 anos em que dirigiu o Setor de Terapêutica Ocupacional e Reabilitação (STOR) no Centro Psiquiátrico Pedro II (1946-1974), diversas pesquisas foram desenvolvidas com o intuito, entre outros, de: registrar os resultados obtidos com a utilização de atividades; comprovar a eficácia dessa forma de tratamento; investigar os efeitos nocivos dos tratamentos psiquiátricos tradicionais; comprovar capacidades criativas e de aprendizado dos esquizofrênicos. (CASTRO E LIMA, 2007, p. 366 *apud* CRISTINO, 2016, p. 17)

Seu processo de pesquisa, além do acompanhamento prático das atividades desenvolvidas durante o tratamento do paciente, consistia também na articulação com a teoria de grandes estudiosos como Carl Gustav Jung, no auxílio do desvelamento da complexa e intrigante construção psíquica desenvolvida no processo de sofrimento mental esquizofrênico, e Baruch Spinoza, embasando a sua concepção de mundo e o tratamento dispensado aos pacientes (CRISTINO, 2016).

Podemos afirmar que Nise da Silveira contribuiu de forma muito significativa para a transformação das práticas psiquiátricas, na medida em que ampliou o sentido terapêutico no tratamento dos pacientes em sofrimento mental, incorporando o respeito e o afeto aliados ao estímulo do processo criativo. Foi uma das primeiras a pautar a desinstitucionalização no Brasil. Seu trabalho avançou o legado de Osório César, buscando o aprofundamento teórico e metodológico, bem como a produção de conhecimento no campo da psiquiatria, tendo publicado ao longo de sua trajetória mais de 10 livros e diversos artigos sobre a temática.

CAPÍTULO II

2 BREVE ANÁLISE SOBRE ALGUNS FATORES DENTRO DA SOCIEDADE CAPITALISTA, DETERMINANTES PARA O ADOECIMENTO MENTAL

Neste capítulo, faremos um movimento semelhante ao ocorrido na política de saúde mental no período anterior à reforma psiquiátrica até os dias atuais. Abordaremos o tema no campo social, para se tratar de saúde na sua integralidade, numa perspectiva do usuário da saúde mental como cidadão de direitos e integrante de uma sociedade.

Faremos uma breve análise sobre alguns fatores dentro da sociedade, determinantes para o adoecimento mental. Para tanto:

[...] é preciso que amplifiquemos nosso pensar e agir, analisando o modo de viver dos indivíduos e coletividades. Cada escolha ou omissão, cada solução ou ausência de resposta diante das dificuldades cotidianas, cada gesto, cada palavra é marcada por muitas circunstâncias que podem produzir mais ou menos adoecimento. As circunstâncias em que vivemos são os determinantes sociais da nossa saúde. Consideram-se como determinantes sociais as condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, habitação e moradia, bem como o acesso a serviços e bens públicos, entre outros, o que resguarda os limites do setor público e desafia práticas intersetoriais provocadoras de mudanças no nível de saúde dos indivíduos e grupos sociais. (CNDSS, 2008)

Conforme a citação acima e considerando saúde mental como um estado complexo de fatores que vão além da dicotomia entre loucura e sanidade, este capítulo busca tratar do sofrimento mental como um processo orgânico, que é produto da cultura e do modo de produção da sociedade capitalista.

Começaremos pelo elemento central da engrenagem do sistema capitalista, aquele que, segundo Marx¹², nos diferencia dos outros animais e nos caracteriza como seres humanos, o trabalho.

¹²Karl Marx (1818–1883) foi um dos maiores intelectuais do século XIX. Criou as bases da doutrina comunista, em sua obra desvela e critica as mazelas do sistema capitalista.

2.1 O trabalho como elemento central na engrenagem do sistema capitalista e humanamente adoecedor

No final do XVIII, com a chegada da revolução industrial na Inglaterra, posteriormente incorporada na França, Bélgica, Holanda, Rússia, Alemanha e Estados Unidos, houve uma mudança profunda nos padrões sociais vigentes à época. A sociedade, naquele momento histórico, tinha sua economia voltada basicamente para fins agrícolas e agropecuários; baseava-se em um ciclo produtivo natural de renovação, quando as crises geralmente eram provocadas por causas naturais. Este ciclo foi brutalmente alterado, tendo seus dois maiores pilares na produção e o consumo, o que por sua vez, gerou crises constantes, conforme se verifica através das demandas provocadas desde o início de sua implantação.

A sociedade assistiu à decadência de valores tradicionais, dando espaço para que os centros urbanos fossem agressivamente tomados por um grande número de pessoas que deixaram as áreas rurais para se adaptar aos novos mecanismos deste sistema. Ao se desligarem do trabalho rural e se incorporarem à forma de trabalho de produção em massa, fabril, a classe trabalhadora sofreu diversos impactos. Consequências como suicídio, alcoolismo, crescimento do índice de criminalidade e divórcio aumentaram abruptamente, decorrentes de uma anomia¹³ generalizada. Esse processo permitiu a divisão da sociedade em duas classes sociais: a burguesia e proletariado. Naquele período histórico, a burguesia tinha como fonte de riqueza a propriedade dos meios de produção, e a maior parte da sociedade possuía somente a sua força de trabalho, e era forçada a se empregar nas fábricas, vendendo seu trabalho em troca de um salário. Através do trabalho, os proletários geram riqueza para os capitalistas. Estes, além de cobrir seus custos com a produção, também conseguem obter lucros por meio da exploração da mais valia¹⁴. Essa dinâmica possibilita a acumulação de capital pela burguesia, gerando grande desigualdade na distribuição dos bens sociais e econômicos.

Assim, nota-se que a submissão do trabalhador às diferentes formas de exploração, bem como as manifestações de adoecimento com nexo laboral são

¹³Émile Durkheim define anomia como ausência ou desintegração das normas sociais; da moral. Esse conceito surgiu com a finalidade de descrever as patologias sociais, como o suicídio, dentro da sociedade ocidental moderna, racionalista e individualista.

¹⁴Expressão criada por Karl Marx que significa parte do valor da força de trabalho dispendida por um determinado trabalhador na produção que ultrapassa o salário que o patrão lhe paga. É o saldo positivo entre a produção gerada durante a jornada um trabalhador menos o custo deste investido pelo patrão.

fenômenos muito antigos. Engels¹⁵ já havia observado e relatado as condições de trabalho no século XIX, bem como as condições de vida do operariado na Inglaterra no período pós-revolução industrial. (ANTUNES, 2010; ANTUNES, PRAUN, 2015).

As cidades da Inglaterra pós-revolução industrial não possuíam estrutura para receber o crescimento populacional, eram carentes de serviços básicos, intensificando-se os problemas devido às jornadas de trabalhos exaustivas, além de crianças trabalhando na linha de produção.

Trazendo o foco para o nosso continente, Ricardo Antunes¹⁶ (2015) aponta que há uma particularidade no âmbito do trabalho entre os latino-americanos, diferente dos europeus. Enquanto na Europa se fazia a mudança do trabalho servil para o trabalho assalariado, na América Latina estava sendo introduzido o trabalho com base na violência e na servidão, ou seja, após a colonização, o trabalho no Brasil surgiu com a mão de obra escrava.

Na década de 1990, percebe-se que o processo de adoecimento do trabalhador se intensificou quando o neoliberalismo atingiu severamente as estruturas do Brasil, e o grande capital internacional impôs medidas de austeridade no campo social e na economia, entre elas redução de investimento políticas sociais, ditando um modo de produção pautado na superexploração da força de trabalho e na diminuição de direitos (ANTUNES, 2010; ANTUNES; PRAUN, 2015).

Também ocorreram mudanças no campo da gestão empresarial. Nos anos 1960, o foco da gestão era a motivação dos funcionários. De certo modo, o funcionário era alvo de incentivo da empresa visando obter como resposta o máximo empenho em favor desta, e havia ainda uma clara relação verticalizada entre patrão e empregados. Já nos anos 1990, o tema era a mobilização, o comprometimento dos funcionários com a empresa, e, nesse caso, se organiza uma lógica de funcionamento da empresa na qual o trabalhador não é apenas um contratado e sim, “parte da empresa”, a relação entre patrão e empregados é escamoteada. Um dos motivos para essa mudança foi a resistência dos trabalhadores em se submeterem às ordens dos chefes, marcando os anos 1970 pela crise do autoritarismo. Naquela época, jovens recém-formados se recusavam a entrar no

¹⁵ Friedrich Engels (1820-1895), filósofo alemão, a sua obra de 1845, *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*, foi fruto de dois anos de estada em Manchester. Nesta obra realizou uma análise participante sobre a situação degradante da classe trabalhadora na Inglaterra. Escreveu junto com Marx O Manifesto Comunista, além de várias outras obras.

¹⁶ Ricardo Luiz Coltro Antunes, professor titular da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. É um dos principais estudiosos sobre a sociologia do trabalho no Brasil.

mercado de trabalho para se subordinar a uma chefia autoritária e preferiam trabalhar na informalidade e em empregos temporários (MORAES, 2015, p. 147).

Com a finalidade de adaptar o funcionamento das empresas à nova configuração do cenário trabalhista, implementou-se o modelo de gestão japonês, composto por equipes pluridisciplinares, com indivíduos de maior nível de capacitação técnica e número de funcionários reduzido, na qual cada indivíduo era capaz de se “autogerir”, assumindo a responsabilidade pela qualidade total dos produtos. O cumprimento dos horários era flexível e o desempenho individual era avaliado periodicamente, acentuando-se assim os valores meritocráticos. Porém, ao mesmo tempo em que cada um fazia a gestão de si mesmo, instalava-se um sistema de vigilância implícito entre os membros da equipe.

Esse modelo de gestão, apesar de, aparentemente, ter dado mais autonomia ao trabalhador, trouxe muito mais consequências negativas, principalmente no âmbito psicológico e, em última instância, no âmbito dos direitos sociais.

Na tentativa de manter seu emprego, o indivíduo teve que se submeter a um regime imposto pelo mercado cada vez mais perverso e muitas vezes prejudicial à saúde. No intuito de aumentar os lucros, as empresas reduziram o quadro de funcionários gerando maior demanda para os trabalhadores efetivos atender, os quais por sua vez, acumulam funções e têm uma jornada de trabalho ampliada; as horas extras já não são remuneradas e sim, contabilizadas como “banco de horas” para que o funcionário possa, posteriormente, compensá-las com folgas. Os vínculos familiares estão cada vez mais fragilizados, haja vista que o tempo disponível com atividades familiares é escasso. Os direitos trabalhistas foram reduzidos, principalmente por meio da terceirização, entre outros fatores que denunciam a precarização e superexploração da força de trabalho.

Segundo Antunes e Praun (2015), o trabalhador está sujeito a um arsenal de regras para que atinja maior índice de eficiência, gere mais lucro às empresas e se mantenha totalmente empenhado em fazer girar a engrenagem desse sistema, com a flexibilização e a intensificação do ritmo de suas atividades, expressas não somente pela cadência de modernização mecânica do processo produtivo, mas pela submissão de uma forma de gestão pautada pela pressão psicológica que visa somente ao aumento da produtividade.

No modo de produção neoliberal, o modelo ideal de trabalhador se assemelha ao de uma máquina, ou seja, versátil, eficiente, multifuncional e equilibrado emocionalmente. Esses padrões são inalcançáveis por um ser humano, porém dentro da atual cultura da sociedade capitalista, o indivíduo se torna totalmente responsável por não alcançar o padrão desejado e é culpabilizado por este fracasso, fato que, muitas vezes, acarreta o sofrimento mental.

Dentro dessa lógica, ocorre a coisificação do ser humano. O trabalhador é visto apenas pela sua potencialidade de produzir, de gerar lucros e consumir, e não como ser humano na sua condição subjetiva e objetiva, com seus desejos, sonhos, falhas e necessidades. Assim sendo, esse homem só existe para a sociedade capitalista enquanto for capaz de produzir e consumir.

É necessário considerar também que aquele ser humano que é considerado incapaz para o mercado de trabalho perde seu emprego formal e, geralmente, se torna igualmente incapaz para o mercado de consumo, fatos que consolidam a sua exclusão dessa configuração de sociedade.

2.2 A Cultura do Consumo

Dentre os inúmeros conceitos e diversas abordagens sobre cultura, nos embasaremos na obra de Marilena Chauí para ilustrar uma face da cultura que nos limita, coopta a nossa verdadeira essência e tolhe a rica diversidade singular de cada ser humano. Chauí indica que o conceito de cultura passou por várias diversificações ao longo do desenvolvimento da sociedade e do período histórico vivido. Inicialmente, era concebido “como uma ação que conduz à plena realização das potencialidades de alguma coisa ou de alguém; era fazer brotar, frutificar, florescer e cobrir de benefícios” (CHAUÍ, 2008 p. 55). Durante o iluminismo, a sociedade ocidental capitalista estabeleceu um padrão para medir o nível de evolução de acordo com certos elementos como a escrita, o Estado e o Mercado. A ausência ou presença desses elementos indicava se uma sociedade possuía ou não cultura, e qual o grau de evolução dela.

A cultura europeia capitalista não apenas se coloca como télos, como o fim necessário do desenvolvimento de toda cultura ou de toda civilização, isto é adota uma posição etnocêntrica, mas, sobretudo, ao se oferecer como

modelo necessário do desenvolvimento histórico legitimou e justificou primeiro, a colonização e, depois, o imperialismo (CHAUI, 2008 p. 56).

A partir dessa definição, podemos afirmar que a cultura se tornou um instrumento que legitima a dominação de uma sociedade sobre a outra. Como ocorreu, por exemplo, durante o processo de colonização dos países latino-americanos por países europeus como Portugal, Espanha, França e Holanda.

No entanto, o conceito de cultura sofreu uma grande atualização no século XIX, principalmente pela influência da filosofia alemã, a qual diferencia história e natureza. “A cultura é a ruptura da adesão imediata à natureza, adesão própria aos animais, e inaugura o mundo humano propriamente dito” (CHAUI, 2008 p. 56), ou seja, somente o ser humano é capaz de possuir cultura. Pela linguagem e pelo trabalho, o ser humano deixa de aderir imediatamente ao meio natural. Ele é capaz de projetar ações para alcançar objetivos predeterminados pela sua capacidade de teleologia, assim o homem é definido como agente histórico.

A partir de então, o termo cultura passa a ter uma abrangência que não possuía antes, sendo agora entendida como produção e criação da linguagem, da religião, da sexualidade, dos instrumentos e das formas do trabalho, das formas da habitação, do vestuário e da culinária, das expressões de lazer, da música, da dança, dos sistemas de relações sociais, particularmente os sistemas de parentesco ou a estrutura da família, das relações de poder, da guerra e da paz, da noção de vida e morte. (CHAUI, 2008, p. 57).

Porém, um conceito tão abrangente de cultura só seria possível dentro de uma comunidade, e, vivemos numa sociedade, a qual se constitui pela divisão de classes. Pressupõe-se também a divisão cultural. Semelhantemente ao ocorrido durante o iluminismo, existem padrões que determinam a evolução da cultura de uma sociedade, que são impostos de acordo com o período histórico vigente pelo padrão de cultura dominante.

Esses padrões são introjetados pelo indivíduo como modelo ideal, interferindo na sua personalidade e nas suas condições subjetivas de existência:

Em se tratando de questões psíquicas, o segmento social apresenta regras a ele inerentes: condições e requisitos introjetados pelos indivíduos por meio da dimensão de sua personalidade, denominada superego. Nessa dimensão o indivíduo assume os encargos de auto-observação, de moralidade e a função de ideal (o modelo ao qual o sujeito procura moldar-se). Portanto, o superego é constructo da cultura, referente à sociedade em que está inserido o indivíduo (LAPLANCHE, 1983, *apud* CARVALHO et al, 2013, p. 294).

A sociedade tem sofrido cada vez mais os impactos da lógica capitalista, baseada fortemente no consumo. O individualismo, o espírito de competitividade entre colegas de trabalho e até entre casais, a expansiva urbanização, o avanço tecnológico, que muitas vezes mais isolam as pessoas do que as aproxima, são elementos que têm contribuído relevantemente para a inserção de padrões capitalistas que determinam o que é “bom ou ruim” e “normal e anormal” (CARVALHO et al, 2013). Esses padrões acabam definindo também quem será “acolhido” dentro da sociedade e quem será excluído.

O sociólogo Zygmunt Bauman (2008), em sua obra *Vida para Consumo*, afirma que o consumo sempre existiu, e que ele é uma condição da sobrevivência humana. O ato de consumir incorporado na rotina diária das pessoas se torna algo banal, e quase passa despercebido quando, por exemplo, logo pela manhã compramos pão para o café, ou quando organizamos alguma confraternização entre amigos, ato que exige que providenciemos diversos itens de consumo. Porém, a crítica de Bauman é referente a lógica do consumo contemporâneo, ou seja, o consumismo.

[...] um ponto de ruptura de enormes consequências, que, poderíamos argumentar, mereceria o nome de “revolução consumista”, ocorreu milênios mais tarde, com a passagem do consumo ao “consumismo”, quando aquele, como afirma Colin Campbell, tornou-se “especialmente importante, se não central” para a vida da maioria das pessoas, “o verdadeiro propósito da existência”. E quando “nossa capacidade de “querer”, “desejar”, “ansiar por” e particularmente de experimentar tais emoções repetidas vezes de fato passou a sustentar a economia do convívio humano. (BAUMAN, 2018, p. 39)

O consumismo está inserido na lógica de funcionamento de uma sociedade de consumidores. De acordo com os preceitos dessa sociedade, todos devem ser consumidores por vocação e toda a cultura alternativa e independente é rejeitada e a existência de pessoas contrárias à cultura do consumismo é negada, ou seja, para ser considerado como cidadão é necessário ser primeiro consumidor. Bauman vai mais além, afirmando que dentro da sociedade consumista as próprias pessoas devem se tornar mercadorias vendáveis.

Na sociedade de consumidores, ninguém pode se tornar sujeito sem primeiro virar mercadoria, e ninguém pode manter segura sua subjetividade sem reanimar, ressuscitar e recarregar de maneira perpétua as capacidades esperadas e exigidas de uma mercadoria vendável (BAUMAN, 2008, p.20)

De acordo com Bauman, a busca por se tornar uma mercadoria vendável é uma necessidade internalizada na subjetividade dos sujeitos. Suas ações conscientes e inconscientes estão voltadas para o objetivo de se tornar alguém aceito pela sociedade e estes despendem esforços ainda maiores para a manutenção dessa aceitação. Isso pode significar vestir-se com roupas de grife, possuir modernos smartphones, veículos próprios, mesmo que essas mercadorias ultrapassem suas condições financeiras. Podemos apontar ainda, a busca incessante pelo corpo perfeito, mesmo que isso prejudique a sua própria saúde. Alguns sofrimentos são também mediados pelo consumo:

Algun tipo de sufrimento é um efeito colateral da vida numa sociedade de consumo. Numa sociedade assim, os caminhos são muitos e dispersos, mas todos eles levam às lojas. Qualquer busca existencial, e principalmente a busca da dignidade, da autoestima e da felicidade, exige a mediação do mercado (BAUMAN, 2007, p. 138)

No entanto, o sentimento de realização e de felicidade é momentâneo, haja vista que para o mercado não existem limites para o consumo e há sempre o lançamento de novos produtos, desde coleções novas de sapatos até modelos novos de smartphones. Com isso, surge uma sociedade de pessoas insatisfeitas, ávidas por comprar novos itens capazes de satisfazê-las.

É necessário refletir como se configura essa face da sociedade de consumo entre as pessoas mais pobres, quais proporções tomam essa busca pela dignidade, autoestima e felicidade através do consumo num grupo social que não tem condições financeiras para satisfazer às necessidades básicas para a sua sobrevivência, quanto mais para atender a demanda subjetiva que perpassa pelo ato de comprar. De acordo com a teoria de Bauman, essas pessoas serão excluídas por sua incapacidade de atender o princípio central necessário para o funcionamento dessa sociedade de consumidores. A falta de capacidade de consumir nessa lógica é considerada um empecilho. Na sua versão mais grave, a pobreza é criminalizada e a sua existência é negada. Os pobres se tornam invisíveis, já que a existência e a identidade dos sujeitos são baseadas nos produtos que eles compram e na capacidade de eles serem mercadorias vendáveis e desejáveis.

A mídia social é a principal atuante no papel de moldar os indivíduos dentro de um padrão, mais especificamente dentro do padrão ocidental de beleza, de consumo e de atributos sociais.

2.3 O papel das Mídias Sociais

Não há como discutir cultura e as relações interpessoais na sociedade atual sem considerar o papel das redes sociais na vida das pessoas. O mundo virtual modificou a forma de trabalhar, de consumir, de comunicação e de relacionamento. Elas podem afetar o humor das pessoas, despertar sensações e até moldar a forma que elas se enxergam no próprio espelho.

Um ser humano ao acessar a sua “timeline” e se deparar com pessoas que expõem na rede uma vida repleta de viagens, passeios incríveis e momentos sempre felizes, inevitavelmente será impactado com expectativas irreais em relação à própria vivência, que parecerá ser menos interessante e inferior à vivência de outras pessoas, potencializando a sensação de infelicidade e descontentamento em relação a si mesmo.

Uma pesquisa realizada pela *Royal Society for Public Health (2017)*, instituição de saúde pública do Reino Unido, apontou que as redes sociais são mais viciantes que álcool e cigarro. A pesquisa foi focada em jovens na faixa etária entre 14 e 24 anos, pois é considerado o grupo etário que mais utiliza as redes sociais, 90% das pessoas. Nos últimos 25 anos, a taxa de depressão e ansiedade aumentou 70%. Os jovens avaliados apresentam sintomas como ansiedade, depressão, baixa autoestima e falta de sono.

O uso das redes sociais impacta negativamente 7 entre 10 usuários. Entre as jovens, o impacto é ainda maior, 9 entre 10 meninas se sentem infelizes com o próprio corpo e sentem vontade de mudar a própria aparência cogitando até a realização de procedimentos cirúrgicos. O estudo mostrou ainda que muitos jovens sofrem de bullying nas redes sociais, o cyberbullying, e o face book é uma ferramenta potencializadora para que isso ocorra já que ela “protege” a identidade do agressor enquanto expõe a vítima.

Porém, há quem defenda que as redes sociais não causam o adoecimento mental, mas potencializam ou despertam crises em quem já tem predisposição. O médico psiquiatra do hospital Israelita Albert Einstein, Elton Kanomata (2017), alega que esse processo é um ciclo vicioso, no qual a pessoa depressiva se refugia nas redes sociais pela falta de habilidade em se relacionar no mundo real, causando um afastamento e isolamento ainda maior do convívio social.

O ser humano busca nas redes sociais reconhecimento, autoafirmação, elogios, admiração, etc. Conforme abordado anteriormente, através da teoria de Zygmunt Bauman, busca-se tornar uma pessoa desejada, uma mercadoria vendável. Porém, não é possível transmitir toda essa repercussão virtual para o mundo real; muitas pessoas que se comunicam virtualmente e se “curtem” nas redes sociais podem sequer cumprimentar-se no mundo real.

É possível adicionar e deletar amigos, e controlar as pessoas com quem você se relaciona. Isso faz com que os indivíduos se sintam um pouco melhor, porque a solidão é a grande ameaça nesses tempos individualistas. Mas, nas redes, é tão fácil adicionar e deletar amigos que as habilidades sociais não são necessárias. Elas são desenvolvidas na rua, ou no trabalho, ao encontrar gente com quem se precisa ter uma interação razoável. Aí você tem que enfrentar as dificuldades, se envolver em um diálogo. (BAUMAN, 2016, sem paginação).

O mundo virtual, apesar de aliviar a sensação de solidão nos indivíduos, causa a falsa impressão de gerenciamento das relações estabelecidas, pois dentro da sua lógica é possível decidir o momento de interagir, de conversar, bem como quais amigos manter e quais amizades desfazer, permitindo até afastar aquela pessoa indesejável, definitivamente, através do bloqueio virtual. Porém, vivemos no mundo real, fato que requer habilidades que só se adquire através da experiência concreta do indivíduo com o coletivo.

Devemos considerar que, em tempos atuais, nos quais a solidão assombra e o individualismo impera, a sociedade está predisposta a sofrer os impactos negativos das redes sociais na sua totalidade, uma vez que as relações sociais se dão de forma dialética; as pessoas são modificadas pela sociedade e também a modificam. É necessário também compreender que a situação de sofrimento mental manifestada individualmente tem, na realidade, causas coletivas, sendo inadequada a sua patologização.

2.4 Além da patologização da loucura

A reforma psiquiátrica, tema que legitima a proposta central desta pesquisa, fincou raízes num campo de saberes que deve ser fértil e propiciar o nascimento de novos e diversos frutos, os quais devem crescer respeitando as suas diferenças, visando a melhoria da qualidade de vida. Segundo Amarante e Carvalho:

[...] deve ser entendida como um processo complexo e de questionamento constante, em que a implantação, a gerência e o desenvolvimento de novos serviços não deve ocorrer em detrimento da dimensão construtora de possibilidades de relação com a diferença. (AMARANTE; CARVALHO, 2000 p. 41)

Esse marco histórico pressupõe também a transformação das relações de poder e de saber preestabelecidas, superando os limites da racionalidade científica clássica, na qual se baseia o senso comum, expresso, por exemplo, na rotulagem do usuário da saúde mental como louco ou doente mental.

Os autores apontam que a conceituação de “doente mental” surgiu na França, fins dos séculos XVIII e início do século XIX, projetando o louco, alienado e desprovido de razão da idade clássica, para a figura do doente, objeto da medicina psiquiátrica.

No processo de discriminação do que é considerado normal e do que representa o contrário ou patológico, existe um parâmetro composto por normas e regras produzidas dentro de um campo de saber específico. São referências que “não apreendem epistemologicamente uma realidade objetiva” (CANGUILHEM, 1990 p. 53 *apud* AMARANTE; CARVALHO, 2000 p. 41), mas que impõem, julgam, analisam e excluem determinadas pessoas.

A patologização da loucura faz girar ao redor de si um arsenal de práticas não discursivas e discursivas, e indica também que lugar do usuário da saúde mental ocupa na sociedade. Dentro do senso comum, podemos apontar discursos como “lugar de louco é no manicômio”, que expressam a ideia de necessidade de manter esse indivíduo isolado da sociedade.

Podemos afirmar também, refletindo sobre os dias atuais, que através do estigma de doente mental, criou-se um cenário totalmente propício para a lucratividade da indústria farmacêutica, gerando espaço até para o questionamento sobre o excesso e banalização do uso de medicamentos.

O saber-poder e o saber-fazer médico psiquiátrico sustentam a base de uma construção social sobre a loucura, que emergiu num contexto histórico-cultural e político econômico marcado pela ascensão da burguesia (AMARANTE; CARVALHO, 2000, p. 45)

A psiquiatria não revela, encobre. Não deixa a loucura falar por si, mas (re) constrói como objeto, significado-significante passível de enunciação, conceituação e teorização. Produz um discurso sobre a loucura, fala em

nome do louco, dá-lhe o *status* patológico, prescreve intervenções e cria um campo de práticas (AMARANTE; CARVALHO, 2000 p. 46)

Segundo Amarante e Carvalho (2000, p.49) uma das possibilidades para ultrapassar a linha do conhecimento médico psiquiátrico sobre o conceito de doença mental é necessário que se faça um movimento além. “É preciso superar a racionalidade causada pela dualidade causa-efeito, ampliar a ideia de razão e pensar no registo da imanência” (AMARANTE; CARVALHO, 2000, p. 45).

Voltamos ao parágrafo inicial deste item, quando foi apontada a necessidade de superação de formas hegemônicas de conhecimento e de pensar a diferença fora dos paradigmas estabelecidos, para além do processo de adoecimento. Através do questionamento e da reflexão será possível construir estratégias alternativas e novas práticas.

É necessário alcançar além do limite que considera o diferente como paciente, objeto passível de tratamento. Pensar e construir um espaço onde o diferente possa simplesmente ser, com toda a sua complexidade, necessidades e desejos. Para tanto, precisamos nos livrar do papel de influentes e detentores do conhecimento, respeitando a autonomia do usuário da saúde mental.

Um passo importante para esse movimento, principalmente dentro da competência do assistente social, é deslocar o tema saúde mental da parte clínica e pensar na concepção do ser humano na sua integralidade, que consiste na inserção de fatores fundamentais como acesso à educação, à moradia, à saúde e à alimentação, bem como o acesso a bens e serviços públicos, ou seja, na concretização da sua cidadania. A ausência ou deficiência de qualquer um destes fatores implica no comprometimento da saúde na sua amplitude.

CAPÍTULO III

3 A ARTE E SAÚDE MENTAL – Rompendo com a hierarquização da cultura

A reforma psiquiátrica, partindo do campo de atenção psicossocial, impulsionou o surgimento de um novo campo artístico-cultural com espaço para a saúde mental. Esse novo campo possibilitou outra concepção de cultura, na medida em que deu visibilidade àqueles que, em tempos anteriores a esse movimento, eram banidos do convívio social.

Essa nova concepção de cultura, utilizando as palavras de Gilberto Gil, ministro da Cultura de 2003 a 2008, “vai muito além do âmbito restrito e restritivo das concepções acadêmicas ou dos ritos e da liturgia de uma suposta ‘classe artística e intelectual” (GIL, 2010, p. 28, *apud* AMARANTE et al., 2012, p 128). Portanto, essa concepção de cultura difere-se do modelo elitista e discriminatório sobre o tema. Entrava em cena um campo produtivo e acolhedor para todos os tipos de manifestações culturais, o que propiciou o nascimento de uma nova consciência na qual o respeito à diversidade era uma das palavras chaves.

A cidade de Santos protagonizou um dos momentos mais importantes no campo da saúde mental e também foi celeiro de diversos movimentos culturais que abarcaram o tema. A intervenção, em 03 de maio de 1989, da Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico particular financiado pelo orçamento público e de funcionamento no modelo asilar, significou a ruptura com o antigo modelo de cuidado da saúde mental, uma vez que não se pretendia fazer ajustes naquele equipamento, e sim desmontá-lo e substituí-lo por modalidades e dispositivos nos moldes da atenção psicossocial.

E, mais do que isso, a proposta era a de dar início a outra relação entre o território (isto é, a cidade, os sujeitos, as instituições sociais e políticas) e as pessoas consideradas ‘doentes’ ou ‘portadoras de transtorno mental’. Pela primeira vez, foi utilizado o termo substitutivo (serviço ou rede substitutiva) nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, no sentido de algo que assume o lugar do anteriormente existente. (AMARANTE et al, 2012, p 126)

A experiência de Santos, como ficou conhecida tal intervenção, impulsionou também avanços no campo das legislações. Em setembro de 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei 3657/89, propondo uma nova legislação

da assistência psiquiátrica brasileira em referência à lei 180 (reforma psiquiátrica italiana). O projeto foi aprovado em 06 de abril de 2001, como lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica.

A lei 10.216 (BRASIL, 2001) reconhece o usuário da saúde mental com direitos e reitera que se deve tratá-lo sem discriminação “à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro”. Também estabelece que o usuário deve ser tratado em ambientes de forma menos invasiva possível e, preferencialmente, em comunidades terapêuticas, ou seja, evitando o seu asilamento.

Seguindo os ventos favoráveis da redemocratização do país (1985) e com a chancela da nova Constituição de 1988, na qual o campo dos direitos sociais teve destaque, várias outras ações no âmbito da cultura vieram à cena durante o movimento da luta antimanicomial. Podemos destacar o Projeto TamTam, no qual a rádio e a TV TamTam deram visibilidade sobre a forma que a sociedade lidava com a loucura (RENZO, 2011, *apud* AMARANTE ET AL, 2012, p 127), as Tvs Pinel e Parabolínica; os blocos de carnaval Tá Pirando, Pirado, Pirou!, Loucura Suburbana, Maluco Sonhador, Conspirados, Liberdade Ainda que TamTam; a ala Loucos pela X-9; as bandas Cancioneiros do IPUB, Harmonia Enlouquece, Sistema Nervoso Alterado e Trem TanTan; o Coral Cênico Cidadãos Cantantes; as companhias de teatro Ueinnz e Pirei na Cenna (PEIXOTO, 2012, *apud* AMARANTE et al., 2012, p 128).

Ao propor uma inversão epistemológica na psiquiatria, isto é, ao ocupar-se da experiência do sujeito considerado doente e não da ‘doença’, Basaglia (2005) demonstrou como essa operação – de colocar o conceito entre parênteses, seguindo a tradição fenomenológica iniciada por Husserl – revelava que, para além da doença e dos sintomas, existiam sujeitos com projetos de vida, com desejos, com temores e tantas outras possibilidades que deveriam ser conhecidas e, na medida do possível, cuidadas. Assim, surgiram projetos de trabalho, de cultura, de participação social e política, ou, dizendo de outra forma, dispositivos, para além de simples propostas de serviços e respostas terapêuticas, por mais adequadas que fossem. (BARROS, 1994, *apud* AMARANTE et al., 2012, p 127).

Afirmando a importância da participação social dos sujeitos usuários das políticas públicas, houve um grande evento chamado “oficina Loucos pela Diversidade - da diversidade da loucura à identidade da cultura”, promovido pela Secretaria da Identidade e da Diversidade Cultural do Ministério da Cultura e pelo

Laps/Ensp/Fiocruz, realizado de 15 a 17 de agosto de 2007, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na cidade do Rio de Janeiro. A oficina contou com a presença de mais de 300 participantes no primeiro dia, quando foi aberta ao público em geral, e nos demais dias foi restrita a cerca de 50 convidados, todos eles envolvidos em projetos culturais na área da Saúde Mental. O objetivo desse encontro era “construir propostas de diretrizes e ações para subsidiar a elaboração de políticas públicas do Ministério da Cultura (MinC) em relação aos sujeitos e grupos em sofrimento mental e em situações de risco social” (BRASIL, 2008).

Representantes de diversos segmentos culturais e da saúde estiveram presentes nessa oficina, tais como: Peter PálPelbart (Filósofo, ator, Cia Teatral UEINZZ! - SP), Cristina Lopes (Psicóloga, atriz e cantora, Projeto Cidadãos Cantantes/Grupo Coral Cênico Teatro e Dança - SP), Geo Britto (Ator, Projeto Teatro do Oprimido na Saúde Mental – RJ/SP), bem como Antônio Ivo de Carvalho (Diretor da Ensp/Fiocruz), o então ministro da cultura Gilberto Gil e Paulo Amarante, um dos protagonistas da reforma sanitária e grande estudioso sobre o tema.

Esse evento ratificou o direcionamento político e social dentro da saúde pública, o qual caminha para o entendimento de que saúde é também a realização das necessidades humanas objetivas e subjetivas. O direito à cultura, partindo pelo respeito à diversidade cultural advinda de diversos segmentos da sociedade, e que contemple diversos públicos, é fundamental. Conforme a fala de Sérgio Mamberti, então Secretário Nacional da Identidade e da Diversidade Cultural, durante a referida oficina:

[...]a produção artística desse segmento que a cultura e a sociedade excluíram da cidadania cultural, vem sendo considerada um instrumento de mudança. Mudança que vai do sofrimento psíquico ao encorajamento criativo, do confinamento à emancipação, da exclusão ao aplauso. Sem deixar de lado o fato importante de que essa construção iniciada com a terapia ocupacional e a reabilitação psicossocial por meio do fazer artístico, inclui também a criação de uma nova cultura de olhar e de cuidar da loucura. (BRASIL, 2008, p. 24).

Buscando apontar direcionamento para a transformação da cultura, que se torna possível por meio da participação social dos usuários da saúde mental, apresentaremos o Teatro do Oprimido como uma das alternativas para esse processo.

3.1 O teatro do Oprimido na saúde mental

O Teatro do Oprimido (TO) é considerado uma das ferramentas capazes de construir a transformação, pois parte de uma demanda individual que se coletiviza na medida em que é compartilhada com a comunidade e trabalhada coletivamente no intuito de transformar uma opressão numa estratégia de resistência e de mudança. Desenvolvido pelo teatrólogo e dramaturgo Augusto Boal, o Teatro do Oprimido é uma proposta ético-estética em oposição ao teatro tradicional, capaz de intervir nas relações de poder, tendo como objetivo, segundo seu próprio autor, humanizar a humanidade. No TO, o sujeito “pode ver-se no ato de ver, de agir, de sentir, de pensar. Ele pode se sentir sentindo, e se pensar pensando” (BOAL, 2002, p. 27).

O método do Teatro do Oprimido é representado por uma árvore, que traduz a sua pluralidade de técnicas e riqueza de recursos. Cada ramo da árvore do TO corresponde a uma técnica desenvolvida num período específico da vida de Boal, para suplantar limitações e tornar possível a transformação. No tronco, estão os jogos e exercícios para aguçar a sensibilidade do indivíduo e desmecanizar o corpo. O teatro-imagem, o teatro-jornal, o teatro invisível, o arco-íris do desejo, o teatro-fórum e o teatro legislativo são parte do tronco e dos ramos desta árvore, e cada um serve funções concretas. A ética e a solidariedade são os seus fundamentos e guias, e várias formas de conhecimento, como a filosofia, a história, a política ou a sociologia são as suas raízes. Alimentando a “árvore do Teatro do Oprimido” está a Estética do Oprimido, e, no topo da árvore temos a promoção de ações sociais concretas, necessárias para a mudança da realidade. Na imagem sobre o método, há também o pássaro, que representa a multiplicação (as pessoas que usam o TO e o disseminam), é a estratégia de difusão.

O processo de criação de uma “peça” no Teatro do Oprimido é feito de maneira reflexiva e conjunta, através de diversos exercícios e jogos. Augusto Boal (1991) aponta que, para fazer uso do teatro como linguagem, é necessário preparar o elemento central do teatro, que é o corpo humano. Ele é a principal fonte de som e movimento, e, para que este instrumento seja bem manuseado, é necessário conhecê-lo, desmecanizá-lo, ou seja, tomar consciência do movimento realizado por cada músculo e libertar-se dos rituais cotidianos próprios da sociedade capitalista

(Boal, 1991). A título de exemplificação, descreveremos alguns exercícios teatrais que podem ser praticados nesse processo: Corrida em Câmera Lenta, Corrida de Roda e o hipnotismo. Numa segunda etapa, Boal (1991) afirma que é “necessário tornar o corpo expressivo”; então se pratica alguns exercícios que auxiliam no processo de aprendizagem do uso do corpo de forma expressiva, sem utilizar palavras para dizer algo

(o importante) é fazer com que todos os participantes se esforcem para expressar-se através de seus corpos, coisa a que não estão acostumados. Ainda que se cometa alguns erros imagináveis, o exercício será igualmente bom se os participantes tentarem se expressar fisicamente, sem o recurso da palavra. Deste modo, e sem que se deem conta, estarão já “fazendo teatro. (BOAL, 1991, p. 150)

A realização do teatro convencional se constitui pela encenação dos atores e assistência dos espectadores. No Teatro do Oprimido os espectadores não existem e sim, *espect-atores* (Boal, 1996); existe a possibilidade de interferência dos espectadores durante a cena. No Teatro do Oprimido as cenas não estão prontas, não existe apenas a “contemplação da imagem” como no teatro convencional; no caso do TO elas são apresentadas para que sejam substituídas por outras, através da participação dos *espect-atores*, os quais são convidados a criar novas ações, novas alternativas que “não são substitutas da ação real, mas repetições, pré-ações que precedem - e não substituem - a verdadeira ação que se quer transformadora de uma realidade que se pretende modificar” (BOAL, 1996, p.83). O “personagem” principal é sempre o principal oprimido, que é substituído durante a cena a fim de criar novas possibilidades de ações que impeçam a concretização das opressões.

3.2 Um campo fértil para imaginações delirantes

“arte, delírio e inspiração provêm do mesmo impulso” Gilberto Gil

Geo Britto (2010), coordenador do projeto Teatro do Oprimido da Saúde Mental, aponta que a reforma psiquiátrica obteve grandes avanços implementando uma rede de serviços territoriais, como os CAPS, que trabalha articulada com a comunidade em substituição aos manicômios, porém o estereótipo excludente dos usuários da saúde mental ainda estava muito presente na sociedade. Como

estratégia de enfrentamento dessa lógica, em 2004, o Ministério da Saúde (Coordenação Nacional de Saúde Mental) propôs ao Centro do Teatro do Oprimido (CTO), no Rio de Janeiro, um trabalho sistemático na saúde mental para enfrentar questões conflitantes como práticas manicomiais e antimanicomiais dentro dos equipamentos. Foram treinados multiplicadores na rede de profissionais na saúde mental, através de vivências com usuários, familiares e profissionais de situações cotidianas como rejeição da carteira de gratuidade no transporte coletivo, falta de medicamento nos CAPS, racismo, conflitos familiares como usurpação de benefícios sociais por curadores, etc.

O Projeto Teatro do Oprimido na Saúde Mental foi ampliado para o Estado de São Paulo e, posteriormente, para Sergipe. Além dos CAPS, participaram dessa experiência os CECCOS (Centro de Convivência e Cooperativa) e as UBS (Unidade Básica de Saúde), nesta última houve a participação dos agentes comunitários de saúde. “A partir daí o Teatro do Oprimido passa a ser incorporado pelos corpos – literalmente e metaforicamente – da unidade não somente como oficina, mas também como instrumento de análise e de ação para discussão do serviço em si” (BRITTO, 2010, p. 16). No final do projeto, em 2010, houve mais de 300 multiplicadores, essenciais para articulação entre o poder público e o CTO.

O principal interesse quando se trabalha com oficinas de Teatro não é a descarga emocional que este pode causar no participante, mas sim a capacidade de elaboração dos conteúdos que se colocam em cena, pois, para fazê-lo, é necessário exercitar o pensamento, a reflexão, o diálogo e a projeção da estética da cena coletivamente.

O ato teatral supõe a criação de uma linguagem e de um sistema de relações simbólicas no seio de um grupo: ele mobiliza o mundo subterrâneo, colocando em movimento a atividade fantasmática através do corpo e da verbalização, é o seu próprio mundo interno que o ator coloca em cena, dando-lhe forma no espaço e no tempo através da relação com o outro (BRITTO, 2010, p 16).

O conhecimento no processo de criação não é racional, ele emerge de dentro do ator como produto da essência, realidade subjetiva e objetiva deste.

A prática do TO como parte da política pública está em permanente aprendizagem e aprimoramento, uma vez que se articulam e intercambiam conhecimentos entre duas partes especializadas: o Centro do Teatro do Oprimido e

o ramo específico no qual ele está inserido, no caso em destaque, na Saúde Mental. Justamente neste ponto é que se encontra a riqueza do projeto.

O Teatro do Oprimido pode ajudar a descobrir novos caminhos para solucionar velhos problemas. A metodologia não é uma caixa fechada, mas é viva e se transforma com o diálogo cotidiano de novas questões que surgem. A pesquisa da Estética do Oprimido, por exemplo, revela novas perguntas e mostra que usuários, profissionais e familiares, além de fazer teatro, podem também pintar, dançar, fazer música e artes plásticas. O Teatro do Oprimido propõe a extrapolação: “o delírio cênico deve se aproximar, metafórica ou realisticamente, do real e nunca dele se distanciar, para que a ele possa retornar e transformá-lo” (Augusto Boal) (BRITTO, 2010 p. 16).

Dentro dos equipamentos onde o TO está inserido torna-se possível o debate sobre os pontos positivos e negativos dos serviços prestados, e quais as alternativas viáveis para a melhoria e o aprimoramento desses serviços. É um processo democrático importante para a construção de políticas públicas para os municípios. “Conquistas que são fruto de trabalho artístico e político do CTO, de Multiplicadores, usuários, familiares e coordenações” (BRITTO, 2010 p. 17).

Cecília Boal (2010) conta sobre sua experiência numa oficina do Teatro do Oprimido dentro do hospital psiquiátrico em Eaubonne (próximo a Paris). Elas aconteciam duas vezes por semana e contavam com cerca de 20 participantes entre 18 e 35 anos. Ela pretendia investigar entre os pacientes psicóticos qual a relação entre criação teatral e o processo terapêutico. Esse modo de fazer teatro foi escolhido pelo fato de dar mais liberdade para o participante, que não ficaria "preso" a falas e movimentos decorados.

Embora tudo seja possível no universo teatral – um ano pode se passar no espaço de um minuto, uma viagem de um continente ao outro pode demorar apenas alguns instantes, etc –, a prática do teatro requer o cumprimento de normas pré-estabelecidas. Igualmente quando brincávamos de ser algum personagem quando criança, ou quando imitávamos adultos, as outras crianças sabiam que estávamos "brincando" com a realidade, interagem com aquela nova "realidade" e quando acabava a brincadeira todos tornávamos a ser nós mesmos. Existe um tempo limite de duração, "Trata-se de um código antigo, que toma força de ritual" (BOAL, 2010, p. 7).

Após a experiência no hospital de Eaubonne, Cecília Boal constatou que o Teatro é algo sério para os atores e que há dois elementos teatrais que permitem

que a atuação não ultrapasse o limite para se tornar ato: a presença dos rituais e das regras "O teatro é um convite para o ato, nunca para a passagem ao ato" (Boal, 2010, p. 7) e a necessidade de realização da atividade em grupo.

Essa constatação é de grande relevância, haja vista que frequentemente nos deparamos com existência do paradigma de que não se deve estimular a imaginação de usuários da saúde mental, pois eles já possuem grande "descolamento" da realidade, e essa ação poderia "enlouquecê-los" ainda mais (BOAL, 2010). Porém, a experiência relatada indicou que o teatro pode-se revelar como instrumento eficaz no tratamento das psicoses através do processo criativo, da externalização do universo particular do participante e do processo de construção da forma estética de expressá-lo. Além dos benefícios que o ato teatral oferece como a criação do vínculo e de uma relação de cumplicidade entre os participantes que se estende para os espectadores. No caso do Teatro do Oprimido, os espectadores são *espec-atores*, também fazem parte do espetáculo.

3.3 O Teatro do Oprimido em Cena pelo Brasil

Para melhor compreensão de como se desenvolve a prática do TO dentro dos equipamentos públicos como política de saúde, separamos alguns depoimentos descritos no informativo do Centro do Teatro do Oprimido chamado Metaxis, edição de 2010.

Em Guarulhos, município de São Paulo, quatro unidades de CAPS trabalharam com oficinas do Teatro do Oprimido em 2006. O movimento começou com a montagem de duas cenas "Mulher com transtorno mental aprisionada em casa pelos seus familiares" e "Mulher com anorexia que questiona os padrões de beleza e os caminhos de tratamento para o seu transtorno". Do trabalho inicial com as quatro unidades de CAPS surgiu um grupo com cinco mulheres que representaram a resistência da prática do TO naquele município. (SANTOS, 2010, p. 18).

Eva Geslaine Medina dos Santos, então gestora de política municipal de saúde mental conta que:

[...] no município, colocou-se a necessidade de transformar um Projeto em Política Pública, e para isso, nos apoiamos na Missão do CTO – Promover o

fortalecimento da cidadania e a justiça social através do Teatro do Oprimido, como meio democrático na transformação da sociedade; na sua Visão de Mundo – de atuar para que as camadas oprimidas e marginalizadas da sociedade se afirmem como produtoras de sua própria arte e protagonistas de suas vidas; e nos seus Valores – Vida, Ética, Solidariedade, Estética e Diálogo (SANTOS, 2010, p. 18).

A parceria com a Coordenadoria da Mulher, Coordenadoria da Igualdade Racial, Secretaria da Assistência e Cidadania, diversos Fóruns, Redes e Organizações Não Governamentais cresceu, e esse grande movimento resultou na formação do Núcleo de Saúde e Cultura “Augusto Boal”, o grupo Mulheres em Ação, além da consolidação do Teatro do Oprimido como prática nas unidades básicas de saúde, nos CAPS, nas programações.

A assistente social Maria Luiz Quaresma conta da experiência que teve no município de Macaé no Estado do Rio de Janeiro, quando havia poucas pessoas numa apresentação de Teatro-Fórum e um vereador estava presente na plateia. O grupo que se apresentava era de usuários com diagnóstico de transtorno mental severo e persistente. Contrariando as expectativas, os participantes apresentaram brilhantemente a cena e ainda questionaram o vereador que estava na plateia demonstrando coesão, um discurso organizado e com educação. Eles cobraram seus direitos!

Olhando as apresentações e conhecendo as pessoas que integram os grupos, vejo como os usuários podem se transformar, falar alto e interpretar personagens complexos, sendo atentos, cuidadosos e negando tutela. Opinam sobre cenografia, constroem acessórios, criam cenas. Presentes, transformados, transformando. Vivos! Ocupando com responsabilidade e propriedade lugares sociais que são seus, reafirmando “Oprimidos nunca mais!” (QUARESMA, 2010, p. 19)

Em 2009, o município de Santos, São Paulo, assumiu a prática do Teatro do Oprimido como estratégia de política pública da saúde mental. O Departamento de Especialidades e a Coordenadoria de Saúde Mental decidiram incorporá-lo formalmente como proposta nas unidades CAPS.

De acordo com Sandra Murat, então coordenadora de Saúde Mental, na Secretaria de Saúde do Município de Santos:

A aceitação do projeto não foi fácil por parte de alguns profissionais e chefias das diferentes unidades de assistência. A aplicação da técnica centrada apenas naqueles técnicos capacitados talvez não conseguisse, a priori, suprir o pouco conhecimento e o entendimento do custo-benefício do tempo disponibilizado por eles para esse tipo de atividade, sendo interpretado como se outros procedimentos entendidos como prioritários no

cotidiano da unidade fossem deixados “a descoberto”. A proposta, no entanto, foi tomando força à medida que se passou a observar a adesão dos pacientes à dinâmica e seus resultados: melhor socialização, melhora na autoestima, conseguir “suportar” melhor os limites para a fala e a escuta de si mesmo e do outro. (MURAT, 2010, p. 20)

O teatro do Oprimido teve um papel fundamental na qualificação dos serviços no município de Aracaju, Sergipe. Em março de 2007, o modelo de gestão em saúde mental passou por uma reestruturação a fim de melhorar a qualidade do cuidado oferecido. Foi feito investimento em práticas para o fortalecimento da diretriz da educação permanente, através da oferta de capacitações, oficinas, encontros e, principalmente, construção de espaços que interferissem na lógica de funcionamento dos serviços, o que possibilitou análises coletivas de valores, saberes e fazeres. Esse modelo de gestão, que visa à desinstitucionalização dos usuários, investiu em ações que ampliassem a rede de cuidado para além do CAPS, como o Centro do Teatro do Oprimido. Conforme depoimento do Coletivo Gestor da REAP, Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju/SE (2010), após esse processo desenvolvido com profissionais da saúde mental.

O projeto disponibilizou uma nova e eficiente ferramenta de trabalho, que permite apoiar, debater e aprofundar as propostas da reforma psiquiátrica. Ampliou o olhar dos trabalhadores nas estratégias de apoio matricial, mediação de conflitos, planejamentos de serviços, proposição de grupos e oficinas específicas (METAXIS, 2010, p.19)

Conforme relatado, o TO pode ser utilizado também com os profissionais que compõem uma equipe. Existe uma variedade de possibilidades que visam a contribuir para a melhoria da qualidade do serviço prestado, como por exemplo, sensibilização e desmecanização do modo cotidiano de trabalhar; para que a instituição não seja mais um mecanismo de opressão e respeite a dignidade humana dos usuários.

Embora o Teatro do Oprimido tenha surgido na década de 1970, no período do governo ditatorial militar, no qual a opressão era contextualizada no modo de organização da sociedade brasileira, podemos afirmar que a necessidade de libertação das opressões ainda é um tema em pauta.

As opressões sempre existiram, porém se alteram de acordo com a situação onde elas ocorrerem e alteram-se também os opressores.

O mundo não é. O mundo está sendo. Como a subjetividade curiosa, inteligente, interferidora na objetividade com que a dialética me relaciono, meu papel no mundo não é do que constata que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da história, mas seu sujeito igualmente (FREIRE, 2013. p. 74).

O teatro do Oprimido não é uma caixa fechada com um método pronto. Mas sim, algo a ser construído a partir das ferramentas que possuímos: nosso corpo, nossa fala, nossa expressão, nosso espaço, nosso senso crítico e nossas opressões. O grande diferencial é a possibilidade de transformação por meio da sua técnica, porém não só com estas. Não se pode modificar o que já foi vivenciado, porém é exatamente a partir das opressões sofridas que podemos construir caminhos e fortalecer posicionamentos para que elas não mais ocorram. Esse processo implica na conquista da nossa autonomia. “A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões que vão sendo tomadas.” (FREIRE, 2013. p. 105)

A título de registro, durante os estudos sobre o Teatro do Oprimido, houve a oportunidade de participação de uma oficina de introdução ao TO na UNIFESP *campus* Baixada Santista. Entre os participantes estavam residentes do programa de Residência Multiprofissional e estagiários da área da saúde mental. Foi montada uma cena na qual uma usuária sofria a opressão da técnica de enfermagem de um CAPS, que a obrigava a tomar novamente a medicação por não acreditar na palavra da usuária que alegava já ter sido medicada por outro técnico do plantão anterior. Na cena, por ocasião da tomada da medicação, era praxe os usuários abrirem a boca para que os técnicos pudessem “conferir” se o medicamento foi realmente ingerido, atitude nítida de intimidação que causou desconforto nos participantes ao se verem realizando tal ação. Posteriormente, houve a chegada da técnica de referência do usuário oprimido. Desapontando as expectativas dos presentes, esta não colaborou com a solução do impasse e a sua isenção ratificou a opressão praticada pela técnica de enfermagem. A cena caminhava para o desfecho trágico no qual a usuária tomava a medicação novamente, por não conseguir convencer que já havia feito. Então, antes que ocorresse tal desfecho, a cena foi congelada e outro participante entrou no lugar da oprimida. A solução seria encontrar o técnico do plantão anterior para que ele pudesse confirmar a versão da usuária. Outra saída, apontada por uma segunda participante, seria abandonar o local e denunciar na ouvidoria a situação vivenciada.

Podemos afirmar que foi impactante nos ver encenando uma cena de opressão que podemos facilmente vivenciar cotidianamente, quase sempre sem reflexão. E a palavra de encerramento da oficina foi totalmente pertinente: foi um exercício de “**desmecanização**”.

Porém, para que ocorra a transformação concreta, é necessário que o teatro ultrapasse a cena e alcance o cotidiano, caso contrário será apenas encenação.

Vale ressaltar que o TO é parte do processo de tomada de consciência e de libertação das opressões, não se pode atribuir ao Teatro do Oprimido todo o mérito e a responsabilidade de realizar tamanho feito. A liberdade é muito cara para todos os seres vivos, é objeto de inúmeras batalhas, no sentido objetivo e subjetivo. Deve ser conquistada todos os dias e por diversos caminhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada, identificamos que a temática saúde mental passou por diversas modificações na forma de abordagem pela sociedade e pelo poder público. Desde o Brasil colônia, no qual não havia tratamento adequado para os “desajustados da sociedade”, o desenvolvimento da psiquiatria, a partir do século XIX, sobretudo depois da criação das escolas médico-cirúrgicas que, com grande influência das escolas europeias, introduziu no Brasil os primeiros institutos para o estudo de doenças como o Instituto Adolfo Lutz e o Instituto Oswaldo Cruz , até a reforma psiquiátrica, ponto central de nosso estudo.

Durante longa data prevaleceram as instituições psiquiátricas, na sua inalterável forma de asilo, hospício ou hospital que visavam muito mais afastar os doentes da sociedade do que realmente tratá-los ou minorar seu sofrimento e, na maioria das vezes, expunham os doentes a tratamentos violentos e invasivos como a lobotomia e o eletrochoque. Em 1970, surgiu o movimento de trabalhadores da saúde mental, que iniciou um processo de autocrítica dessas práticas violentas, que culminou no movimento da reforma sanitária ou reforma psiquiátrica. Porém, percebe-se que, anterior a esse movimento, em 1920, já havia psiquiatras como Osório Cesar e Nise da Silveira que trabalhavam numa perspectiva não violenta e de respeito à dignidade humana. Estes médicos contribuíram de forma muito significativa para a transformação das práticas psiquiátricas, introduzindo oficinas terapêuticas no tratamento dos pacientes em sofrimento mental, e também alertando

a sociedade que o paciente mental era capaz de se expressar e de produzir a sua arte. Considera-se que Nise da Silveira foi uma das primeiras profissionais a abordar desinstitucionalização no Brasil, pauta central da reforma psiquiátrica.

Em setembro de 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o projeto de lei 3657/89, o qual foi aprovado somente após 12 anos, em 06 de abril de 2001, como lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. A lei 10.216 reconhece o usuário da saúde mental com direitos e reitera que se deve tratá-lo sem quaisquer tipos de discriminação e também estabelece que o usuário deve ser tratado em ambientes de forma menos invasiva possível e, preferencialmente, em comunidades terapêuticas, ou seja, evitando o seu asilamento. Embora tenha ocorrido a mudança na legislação que ampara o usuário da saúde mental no sentido de garantir um tratamento que respeite a sua integridade física e, que possibilite condições mínimas para que a sua subjetividade seja preservada, ainda se faz necessário lutar contra a lógica patologizante da loucura que a sociedade reproduz.

Após registros levantados durante a pesquisa, podemos evidenciar que a loucura, muito além de uma condição orgânica, é um fenômeno social, engendrado dentro da lógica da sociedade capitalista, por meio de elementos fundamentais para a sua constituição como o trabalho e a cultura.

No modo de produção neoliberal, o trabalhador está sujeito a um arsenal de regras para que atinja maior índice de eficiência, gere mais lucro às empresas, são exigidos do ser humano padrões de desempenho inalcançáveis por um ser humano, culpabilizando por este fracasso. Dentro dessa lógica, ocorre a coisificação do ser humano, ele só existe para a sociedade capitalista enquanto for capaz de produzir e consumir, fato que, muitas vezes, acarreta o sofrimento mental.

A sociedade tem sofrido cada vez mais os impactos da lógica capitalista, baseada fortemente no consumo, no individualismo, no espírito de competitividade e na inserção de padrões que determinam o que é bom ou ruim e o que é normal e anormal.

Um passo importante para a superação dessa lógica de funcionamento adoecedora é a construção de estratégias que superem o modo de pensar e de agir hegemônico, construindo uma forma de conhecimento que possibilite o existir fora dos paradigmas estabelecidos, para além do processo de adoecimento. Através do questionamento e da reflexão existe a possibilidade de construir estratégias alternativas e novas práticas.

Através de informações obtidas nesta pesquisa, houve a reafirmação de que os valores do serviço social estão em sintonia com a reforma psiquiátrica, nos quais a liberdade e o respeito à dignidade humana são valores centrais. É competência do assistente social pensar na concepção do ser humano na sua integralidade, que consiste inserir na sua área de atuação fatores fundamentais como acesso à educação, à moradia, à saúde e à alimentação, bem como o acesso a bens e serviços públicos, ou seja, na concretização da sua cidadania.

O campo da saúde mental é um espaço de atuação do assistente social uma vez que faz parte da equipe que compõe os CAPS, que conta também com a participação de diversos profissionais como psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e farmacêuticos.

O CAPS é um dos equipamentos mais importantes em atividade na saúde pública pós reforma psiquiátrica, e têm como proposta central o não isolamento e a participação dos usuários na sociedade enquanto cidadãos. Entre as propostas de seu funcionamento estão as oficinas terapêuticas no âmbito cultural. Pensando no fortalecimento da autonomia e na formação política dos usuários, destacamos que o Teatro do Oprimido é um importante elemento a ser oferecido nas oficinas.

Considerando o caráter pedagógico do Teatro do Oprimido, uma vez que sua base teórica é a pedagogia do oprimido de Paulo Freire, na qual a premissa principal é o aprendizado do sujeito a partir da sua realidade, ou seja, aprender sobre direitos a partir da realidade que se vive, do lugar onde se está inserido, da negação que se sofre diariamente e das conquistas possíveis por meio de estratégias pensadas coletivamente pelos próprios oprimidos. O serviço social também tem uma dimensão pedagógica; por meio de sua prática profissional tem a possibilidade de realizar intervenções que contribuam para a mudança da maneira de agir e de pensar dos usuários dos equipamentos onde estão atuando, e assim fomentar a construção de estratégias contra hegemônicas dentro dos espaços.

Diante dos desafios atuais do acirramento da disputa entre projetos públicos e privatistas, redução de direitos e agravamento da questão social, a arte se apresenta como uma das estratégias mais eficazes de resistência, uma vez que utiliza processos criativos para ultrapassar barreiras concretas de exclusão, nas quais o sujeito é tolhido de manifestar o seu pensamento e de exercitar o seu senso crítico sobre a sua dinâmica de vida e redimensiona-la.

A proposta apresentada nesta pesquisa é que os profissionais que trabalham na saúde mental, particularmente os assistentes sociais, considerem o teatro do oprimido como estratégia profissional de enfrentamento à lógica institucionalizante da loucura, por meio do fortalecimento das potencialidades humanas dos próprios usuários. Parafraseando Augusto Boal, a arte é um dos caminhos.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P.; CARVALHO, A., Forças, Diferença e Loucura: pensando para além do princípio da clínica *in* Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection. 316 p. 41-52, Disponível em: <http://books.scielo.org/id/htgj/pdf/amarante-9788575413197-04.pdf> . Acesso em 20 set 2018.

AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, E.; PANDE, M.N.R. Da diversidade da loucura à identidade da cultura: o movimento social cultural no campo da reforma psiquiátrica. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 125-132, jan./jun. 2012.

AMARANTE, P. Interesses privados na saúde mental, 2017. Fiocruz, Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/interesses-privados-na-saude-mental>, acesso em 21nov18.

ANTUNES, R. Reflexão sobre o mundo do trabalho, 2011 – Disponível em: <http://sintpq.org.br/index.php/blog/item/1354-ricardo-antunes-reflexao-sobre-o-mundo-do-trabalho-outubro-2011-jornal-da-unicamp>. Acesso em 11 set 2018.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 123, p. 407-427, set, 2015, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.030>, Acesso em: 21 nov 2018.

BASAGLIA, F. A psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.

BAUMAN, Z. Vida para consumo: A transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BAUMAN, Z. As redes sociais são uma armadilha. El Pais, 2016. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2015/12/30/cultura/1451504427_675885.html, acesso em 18nov18.

BOAL, A. Teatro do Oprimido e Outras Poéticas Políticas. 6 ed. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira: 1991.

BOAL, C., METAXIS: Informativo do Centro do Teatro do Oprimido, CTO-Rio. N.I (abril, 2006). Rio de Janeiro: Master Print, p. 6-9, 2010. Disponível em: <http://ctorio.org.br/novosite/wp-content/uploads/2009/09/METAXIS.pdf>. Acesso em 03 nov 2018

BRASIL. Lei 10.216 de 06 de abril de 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 – Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/> - acesso em 03 nov 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013. [S.l.]: [s.n.]. 2013.

BRASIL. Ministério da Cultura. Loucos pela Diversidade– da diversidade da loucura à identidade da cultura. Relatório Final. Rio de Janeiro: MinC/FIOCRUZ, 2008.

BRITTO, G., METAXIS: Informativo do Centro do Teatro do Oprimido, CTO-Rio. N.I (abril, 2006). Rio de Janeiro: Master Print, p. 15-17, 2010. Disponível em: <http://ctorio.org.br/novosite/wp-content/uploads/2009/09/METAXIS.pdf>. Acesso em 03 nov 2018.

CAMPOS, R., Interesses privados na saúde mental, 2017. Fiocruz, Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/interesses-privados-na-saude-mental>, acesso em 21 nov 18.

CARVALHO et al, Saúde Mental a Visão Antropológica: uma abordagem dos transtornos psíquicos sob o enfoque cultural. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 11, n. 1, p. 289-297, jan./jul. Disponível em: http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/844/pdf_28. Acesso em: 21 nov. 2018.

CERQUEIRA, L. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1989.

CHAUÍ, M. Cultura e democracia . En: Crítica y emancipación : Revista latinoamericana de Ciencias Sociales. Año 1, no. 1 (jun. 2008-). Buenos Aires : CLACSO, 2008.

CRISTINO, N. Teatro e Saúde Mental: Uma investigação que relaciona autonomia, poder contratual e Teatro do Oprimido num CAPS I, Juiz de Fora, 2016.

CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: Relatório final da comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde (CNDSS). 2008.

COSTA-ROSA, A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP, 2013.

- COSTA-ROSA, A.; DEVERA, D. Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformação na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP, São Paulo*, v. 1, n. 6, p. 60-79, 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia, saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.
- EVANGELISTA, A. *Interesses privados na saúde mental*, 2017. Fiocruz, Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/interesses-privados-na-saude-mental>, acesso em 21nov18.
- GIL, A. *Como elaborar projetos de pesquisas*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- JUNG, C. G. *Freud e a psicanálise*. 4ª. ed. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2011.
- KNOMATA, E. O uso excessivo das redes sociais pode ser um indicativo de depressão, 2017. *E Estado de São Paulo*, disponível em: <http://m.folhavoria.com.br/geral/noticia/2017/05/uso-excessivo-das-redes-sociais-pode-ser-indicativo-de-depressao.html> , acesso em 21nov18.
- HEIDRICH, A. *Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*, tese doutorado. Porto Alegre: PUC-RS, 2007. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5100/1/000398635-Texto%2BCompleto-0.pdf> , acesso em 21 nov 2018.
- LAING, R. D. *O Eu Dividido*. 3ª. ed. Petrópolis : Vozes, 1973.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. 4ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
- LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 399-407, 2007.
- MELLO, G. A. S. *O Tratamento do Doente Mental no século XX*. 1ª. ed. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2012.
- METAXIS: Informativo do Centro do Teatro do Oprimido, CTO-Rio. N.I (abril, 2006). Rio de Janeiro: Master Print, 2010. Disponível em: <http://ctorio.org.br/novosite/wp-content/uploads/2009/09/METAXIS.pdf>. Acesso em 03 nov 2018.
- MORAES, M. R. O Imperativo da Gestão de Si na Cultura Capitalista Contemporânea e Suas Implicações para a Saúde Psíquica. *Revista Foco*, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 142-157, jul. 2015. ISSN 1981-223X. Disponível em: <http://www.revistafocoadm.org/index.php/foco/article/view/143>. Acesso em: 11 set. 2018.

MURAT, S. METAXIS: Informativo do Centro do Teatro do Oprimido, CTO-Rio. N.I (abril, 2006). Rio de Janeiro: Master Print, p. 20, 2010. Disponível em: <http://ctorio.org.br/novosite/wp-content/uploads/2009/09/METAXIS.pdf>. Acesso em 03 nov 2018.

PESSOTTI, I. Os séculos dos Manicômios. 1ª. ed. São Paulo: Editora 34, 2001.

QUARESMA, Maria, METAXIS: Informativo do Centro do Teatro do Oprimido, CTO-Rio. N.I (abril, 2006). Rio de Janeiro: Master Print, p. 19, 2010. Disponível em: <http://ctorio.org.br/novosite/wp-content/uploads/2009/09/METAXIS.pdf>. Acesso em 03 nov 2018.

RIBEIRO, P. R. M. Saúde Mental no Brasil. São Paulo: Arte Ciência, 1999.

SANTOS, E. METAXIS: Informativo do Centro do Teatro do Oprimido, CTO-Rio. N.I (abril, 2006). Rio de Janeiro: Master Print, p. 18, 2010. Disponível em: <http://ctorio.org.br/novosite/wp-content/uploads/2009/09/METAXIS.pdf>. Acesso em 03 nov 2018.

SAS, H. Programa de Volta para Casa. CCSaúde, 2017. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/creditos.html>. Acesso em: Maio 2018.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMANN, M. L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. RevPsiquiatr, RS, v. 31, n. 1, p. 82, 2009.

TYKANORI, R. Interesses privados na saúde mental, 2017. Fiocruz, Rio de Janeiro, disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/interesses-privados-na-saude-mental>, acesso em 21nov18.

YAZBEK, M. C. A dimensão política do trabalho do assistente social. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014.