

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ANDRÉA APARECIDA DOS SANTOS MIRON

**O BATUCAPS: A VOZ QUE RESISTE. DOS
BASTIDORES À PLATÉIA**

SANTOS

2021

ANDRÉA APARECIDA DOS SANTOS MIRON

**O BATUCAPS: A VOZ QUE RESISTE. DOS BASTIDORES À
PLATÉIA**

Trabalho apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.^a Dra. Luciana Maria Cavalcante Melo

SANTOS

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Aparecida dos Santos Miron , Andréa .
M676b O Batucaps, a voz que resiste.
Dos Bastidores á platéia. . / Andréa
Aparecida dos Santos Miron ; Orientadora
Luciana Maria Cavalcante Melo ; Coorientador .
-- Santos, 2021.
80 p. ; 30cm

TCC (Graduação - Serviço Social) --
Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de
São Paulo, 2021.

1. Arte. 2. Reforma Psiquiátrica . 3. Saúde
mental . 4. Centro de Atenção Psicossocial . I. Maria
Cavalcante Melo , Luciana, Orient. II. Título.

ANDRÉA APARECIDA DOS SANTOS MIRON

**O BATUCAPS: A VOZ QUE RESISTE. DOS BASTIDORES À
PLATÉIA**

Trabalho apresentado ao curso de Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof.^a Dra. Luciana Maria Cavalcante Melo

Aprovação em: 08/03/2021

EXAMINADORAS/EXAMINADORES:



Prof.^a Dr.^a Luciana Maria Cavalcante Melo - Orientadora
Universidade Federal de São Paulo



Prof.^a Dr.^a Rosiran Carvalho de Freitas Montenegro – Professora Leitora
Universidade Federal de São Paulo

Dedico esse trabalho a todas e todos “loucos e loucas” que morreram sem tratamento digno, às/aos que lutam por uma sociedade sem manicômios e às/aos profissionais de saúde que enfrentam corajosamente esse período pandêmico.

AGRADECIMENTOS

Prefiro ser essa metamorfose ambulante.

Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante.

Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo.

Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo.

Metamorfose Ambulante – Raul Seixas

Primeiramente agradeço a Jesus Cristo, a quem chamo de “primeiro comunista”, por me carregar até aqui. À minha mãe que sempre esteve ao meu lado integralmente e ao meu pai, sendo ele nordestino, metalúrgico e, mesmo com grandes dificuldades, me proporcionou acessar o ensino superior, agradeço seu apoio incondicional. Vocês são meus exemplos.

Agradeço ao meu companheiro de vida, Clayton Miron Fernandes, pelo amor, carinho e afeto, sendo minha fortaleza nos dias de tristeza, minha calma nos dias de tormenta. Você é um exemplo de ética e cuidado ao próximo, saiba que esse trabalho não seria possível sem você.

À minha irmã Suellen e aos meus irmãos André e Suedney pelo afeto e alegria. Às minhas amigas de militância e vida, Renata Souza e Ana Paula Papparaso, por quem tenho muito carinho e apreço. Ao meu amigo Tiago Noel que nos momentos de limitação acadêmica foi meu refúgio. Ao Fórum Popular de Saúde Mental do ABCDMRR, que carrega em sua história marcas de resistências e me permitiu entender a importância política de compor essa luta.

Agradeço imensamente aos docentes do curso de serviço social da Faculdade Paulista de Serviço Social de São Caetano do Sul, instituição na qual iniciei minha trajetória acadêmica. Aos colegas que cruzaram minha vida nesse período de formação e proporcionaram debates emblemáticos que contribuíram para meu processo de desconstrução.

Às trabalhadoras e trabalhadores, às usuárias e usuários que compõem o BATUCAPS, que sempre me acolheram nos eventos, nos 18 de maio, nos fóruns. Vocês são demais! Ao Albano Dias, Patrícia Romano, Maria Alves e a todos, sem exceção, minha gratidão.

Aos profissionais, usuárias e usuários do CAPS III Adulto Primavera – Mauá / SP, obrigada, vocês fazem a diferença!

À minha respeitada orientadora Prof.^a Dra. Luciana Maria Cavalcante Melo, que, durante o processo de orientação, esteve preocupada com o andamento do trabalho e, diante da conjuntura, com minha saúde física e mental. Agradeço o seu respeito diante das minhas limitações.

Agradeço às/aos docentes do curso de Serviço Social da Unifesp que foram fundamentais no meu processo de formação, em especial à Prof.^a Dra. Maria Natália Ornelas Pontes Bueno Guerra, sempre muito acolhedora, amável e querida, saiba que você fez muita diferença na minha permanência na universidade, muito obrigada.

Para finalizar, agradeço ao universo, por não ser a mesma de seis anos atrás, minha eterna gratidão.

“Só os loucos e os artistas podem me compreender.”

Nise da Silveira

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso buscou refletir sobre o impacto da arte na saúde mental, por meio de pesquisa bibliográfica, narrativas, registros de memórias sobre as relações estabelecidas do grupo de maracatu BATUCAPS, que está inserido no projeto de cuidado no Centro de Atenção Psicossocial III Adulto, localizado na cidade de Mauá/SP. A pesquisa propiciou afirmar que as oficinas artísticas podem ser fortalecedoras de vínculos e promotora de protagonismo das usuárias e dos usuários que dela participam. O objetivo desse estudo evidenciou a identificação de expressões e potências que perpassam as atividades artísticas, como desmistificadora de estigmas e fomentadora de autonomia e liberdade.

Palavras-chave: Arte; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; CAPS

ABSTRACT

This undergraduate final project in social work reflects on the impact of art on mental health through the bibliographic research, narratives, and records of the Maracatu group BATUCAPS, which is central to the work of the Adult Psychosocial Healthcare Centre, Mauá, São Paulo. This research has made it possible to affirm that artistic workshops can provide links and stimulate the involvement of participating users. These findings provide evidence for the identification of expressions and strengths which underpin artistic activities such as the demystification of stigma and the promotion of autonomy and freedom.

Key words: art, psychiatric reform, mental health, Adult Psychosocial Healthcare Centre

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Os instrumentos comprados pelo BATUCAPS	51
Figura 2 - Interlocução com a oficina de festa – Carnaval	52
Figura 3 – Apresentação do projeto do BATUCAPS, na Faculdade de Mauá no Evento do Pré congresso de Saúde Pública no dia 25/10/2019	53
Figura 4 - Logo do grupo BATUCAPS.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI-5 – Ato Institucional de número cinco

BA – Estado da Bahia / Brasil

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i - Centro de Atenção Psicossocial – Infantil

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas.

COVID 19 - Coronavirus Disease 2019

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

GM – Gabinete Ministerial

MASP – Museu de Arte de São Paulo

MTSM - Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SARS- COV-2 - Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2

SP – Estado de São Paulo/Brasil

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. CAPÍTULO 1 – A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	13
1.1. O percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	13
1.2. A Loucura: a manifestação da Questão Social.....	25
2. CAPÍTULO 2 – A ARTE NA SAÚDE MENTAL: INCUBADORA DE RESISTÊNCIA.....	31
2.1. Ensaio histórico do debate sobre os cuidados em Saúde Mental e a Arte.....	31
2.2. O debate contemporâneo brasileiro da Arte e da Loucura.....	36
2.3. A arte como ferramenta na construção de autonomia e o protagonismo social.....	43
3. CAPÍTULO 3 – BATUCAPS – A MANIFESTAÇÃO CONCRETA DO CUIDADO DE SAÚDE MENTAL EM LIBERDADE.....	46
3.1. História de Construção do Grupo de Maracatu – BATUCAPS.....	46
3.2. Dos bastidores: os desafios para a gestão e permanência de atividade do Grupo.....	50
3.3. À plateia: o protagonismo como Arte de Resistência.....	53
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
APÊNDICE A.....	67
APÊNDICE B.....	70
ANEXO I.....	71

INTRODUÇÃO

No ano de 2017, durante uma apresentação cultural na cidade de Mauá/SP, tive o primeiro contato com o grupo de Maracatu BATUCAPS. Desde então fui tomada por inúmeros anseios, em especial o de compreender a importância social daquela manifestação artística na vida daqueles sujeitos, bem como da condição de liberdade que estende através daqueles tambores.

A partir de algumas indagações, me inseri na militância da luta antimanicomial a fim de compreender as manifestações históricas do processo da loucura e por entender a necessidade política e social de compor esse movimento.

Durante os anos que se seguiram, continuei a acompanhar as atividades do Grupo BATUCAPS, já envolvendo-me em uma análise histórica sobre o adoecimento mental e percebendo que estava cercada por atores que sentiram na pele anos de reclusão e cerceamento de direitos. Fui assim entendendo que aquela manifestação artística era possível pelos avanços históricos no cuidado em saúde mental no Brasil, o que possibilitou inserir o grupo de percussão em um projeto de práticas de reconstrução da sociabilidade e mediação de autonomia.

No dia 18 de maio de 2018, participei da manifestação em comemoração ao dia da Luta antimanicomial, na cidade de São Paulo, na avenida Paulista, onde o BATUCAPS se apresentou. Desde a sua formação, o grupo participava todos os anos dessa atividade, porém foi naquele ano que eu decidi por escolhê-lo como estudo do meu Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social pela Universidade Federal de São Paulo.

No final da atividade daquele dia, estávamos todos no Vão-livre do Masp, São Paulo, aguardando um usuário que participava do BATUCAPS retornar. Essa espera durou mais de 1 hora. Quando ele voltou ao nosso encontro, a primeira frase que nos disse foi: “Por que vocês me esperaram? Eu já estava pensando em voltar de metrô “(SIC). Não me recordo seu nome, no entanto, se aquela fala para algumas pessoas pode soar banal, para outras, a fala revela uma potência sem precedentes, pois, ao resgatar o histórico daquele sujeito e dos demais que ali estavam, percebe-se que se tratava de um paciente que esteve interno, como muitos deles, ou no Hospital Psiquiátrico Lacan, localizado na cidade de São Bernardo do Campo ou em outros hospitais e manicômios que, através da Reforma Psiquiátrica, foram sendo desativados.

Acredito que até mesmo por uma condição política e estratégica, a minha escolha como tema do BATUCAPS é fundamental, especialmente em um momento de retrocesso político em que vivemos, pois permite que ele seja visualizado e multiplicado.

Diante das vivências que, embora fossem como espectadora, queria entender como a arte resultou no condicionamento de liberdade para aquele usuário no Vão-Livre do Masp e para outros sujeitos inseridos na oficina. Desejava entender o papel da política pública no aspecto concreto da autonomia e reinserção social.

Para que isso fosse possível, iniciei os levantamentos bibliográficos sobre o processo sócio-histórico do desenvolvimento da Saúde Mental no Brasil, o percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, as políticas de saúde mental e sobre a loucura como uma manifestação da questão social, que será encontrado no primeiro capítulo dessa produção.

No segundo capítulo, me proponho a discutir os desafios da arte, saúde mental e sociedade, trazendo manifestações históricas do debate contemporâneo no Brasil, verificando de que forma a arte pode ser uma ferramenta na construção de autonomia e do protagonismo social.

No último capítulo, apresento o grupo BATUCAPS, na perspectiva de trazer, através da sua história, as expressões e potências sociais que perpassam suas atividades artísticas; na perspectiva de entender os desafios e de identificar o protagonismo na arte como resistência.

Para fundamentar a análise, além dos levantamentos bibliográficos, busquei, a partir das narrativas redigidas pelos próprios membros desse grupo, ou daqueles que já não estão mais no grupo, o registro de memórias, fotografias, vídeos, com o objetivo de colher informações sobre os pressupostos que desencadearam a formação do grupo de Maracatu BATUCAPS e sua importância enquanto atividade exitosa da arte popular.

Saliento que a escolha metodológica da narrativa foi feita a partir do momento histórico de pandemia pelo SARS-COV-2/COVID 19, vivenciada nesse período e responsável pela interrupção da possibilidade de uma observação participante na oficina, que era o objetivo inicial. No entanto, essa limitação não impediu de descrever e refletir sobre a natureza e importância do trabalho desenvolvido pelo BATUCAPS.

Deste modo, o objetivo da presente pesquisa é compreender a arte como instrumento condutor de autonomia, inserção dos usuários, a partir de políticas públicas no cuidado da saúde mental.

CAPÍTULO 1

A TRAJETÓRIA DA SAÚDE MENTAL A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Para compreender a trajetória da Política de Saúde Mental brasileira, se faz necessário retroceder, objetivando o resgate histórico desse movimento, inclusive compreender os modos operantes dos regimes de opressão com vista a manutenção da loucura e os atores que resistiram e tiveram papel importante na luta da preservação do estado democrático de direito em favor da saúde pública, laica e de qualidade.

1.1 O percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira

A loucura e seu sujeito, o louco, eram motivos de chacotas, eram marginalizados, torturados, subjugados por longos séculos na história da humanidade e particularmente no Brasil. Apenas recentemente, com a Reforma Psiquiátrica brasileira, é que eles passaram a ser uma preocupação para a saúde e sociedade.

A “loucura” encontrou uma pátria que lhe é própria: deslocação pouco perceptível, tanto o novo internamento permanece fiel ao estilo do antigo, mas que indica que alguma coisa de essencial está acontecendo, algo que isola a “loucura” e começa a torná-la autônoma em relação ao desatino com o qual ela estava confusamente misturada. (FOUCAULT, 1972, p. 384)

No Brasil, as décadas de 1960 e 1970 são explicitadas pela sua complexidade histórica e seus inúmeros atores. Esse período é demarcado pelo golpe militar que durou 21 anos (1964-1985) e suas marcas foram sentidas na saúde pública e ainda permanecem em nosso cotidiano de avanços e retrocessos.

Nesse mesmo período, o processo democrático de direito estava longe de tornar-se pauta, ao contrário, entre suas ferramentas de controle social estavam a desarticulação dos movimentos sociais, a proibição de greves, a cassação dos direitos políticos de parlamentares opositores ao regime, o que culminou na reformulação do sistema político e eleitoral em favorecimento ao governo.

Os militares, associados aos interesses da grande burguesia nacional e internacional, incentivados e respaldados pelo governo norte-americano, justificaram o golpe como “defesa da ordem e das instituições contra o perigo comunista”. Na realidade, o acirramento da luta de classes estava no centro do conflito. O golpe foi uma reação das classes dominantes ao crescimento dos movimentos sociais, mesmo tendo estes um caráter predominantemente nacional-reformista (HABERT, 1992, p. 08).

É necessário fazer um importante recorte do início da década de 1960, quando as discussões conservadoras avançavam e reiteravam-se no seio das políticas sociais e da sociedade. Nesse período, ocorreu a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, ocasionando o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e, neste cenário, o Estado começa a adquirir serviços psiquiátricos do setor privado, o que resultou no aumento significativo do número de instituições credenciadas pela previdência para internação dos chamados “doentes mentais”.

Essa política de vinculação entre a internação asilar e a privatização da assistência se enrijeceu nos governos militares, com aumento significativo nas contratações de leitos nas clínicas e hospitais conveniados. Entre os anos de 1965 e 1970, a população internada passou de 14 mil para 30 mil nas instituições privadas financiadas pelo governo. (RESENDE, 1987)

Segundo Amarante (1996), a previdência social destinou 97% do total de recursos destinados à saúde mental para internação, resultando em um aumento significativo no número de vagas e internações nos hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos centros urbanos.

O crescimento das internações não correspondia a um aumento de casos diagnosticados de transtorno mental. De acordo com Arbex (2013), a maioria dos internados no hospital psiquiátrico conhecido como Colônia¹ não sofria de doenças mentais.

Para Fonte (2013), as décadas de 1960 e 1970 foram marcadas não apenas pelo ideário da internação, em destaque, a prolongada, mas também pela falta de controle do Estado diante das internações e do aumento significativo do financiamento do governo às empresas hospitalares privadas, chegando esse sistema a ser chamado de “indústria da loucura”.

Em 13 de dezembro de 1968, foi decretado sob o governo do então presidente Costa e Silva o Ato Institucional de número cinco (AI 5), que suspendeu os trabalhos do congresso por período indeterminado, resultando no aumento dos poderes executivos e militares sob o povo. Por meio desse dispositivo, os militares obtiveram a legitimidade de perseguir os opositores do regime com a suspensão dos direitos políticos dos cidadãos,

¹ O Hospital Psiquiátrico Colônia de Barbacena foi fundado em 12 de outubro de 1903 e ficava localizado na cidade de Barbacena no Estado de Minas Gerais. Sob inúmeras denúncias de maus-tratos ocorridas durante o século XX, foi contabilizada mais 60 mil mortes de internos (ARBEX, 2013)

especialmente das lideranças políticas, dos artistas e da militância dos movimentos sociais que, desde a instauração da ditadura em 1964, já sofriam com perseguições e prisões arbitrárias, repressão e tortura.

No início dos anos 1970, suscitaram os movimentos redemocratização², grupos que iniciaram manifestações que reivindicavam direito à liberdade de expressão, reformulação de políticas públicas, inclusive sanitárias, e denunciavam as desigualdades sociais alavancadas durante o governo militar. Também nesse período, constituíram-se grupos que fomentaram amplas mobilizações da sociedade brasileira no que se referia à política de saúde. As críticas feitas por essas mobilizações destacavam a mercantilização da saúde, a falência do sistema previdenciário e os superfaturamentos de hospitais. Suas demandas exigiam a construção de um sistema de saúde público/estatal, saúde como direito de todos, integralidade da assistência e participação coletiva.

PAIM (2007) destaca que:

No Brasil, surgiu em meados da década de 70, um movimento postulando a democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. (p. 21).

Nesse processo de fervor popular, surge o Movimento da Reforma Sanitária que contou com a participação de sanitaristas e médicos, posteriormente com associações, sindicatos, pastorais, dentre outros, em caráter consultivo.

Conforme o Ministério da Saúde (2005, p.6):

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Podemos destacar o sanitarista Sérgio Arouca como um dos grandes nomes desse movimento. Ele alertava que a luta pela reforma sanitária, além da busca pela melhoria da saúde pública, era também uma perspectiva de luta contra a ditadura militar no Brasil, pois o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, ao lutar para que a saúde se tornasse um direito universal de cidadania, contrariava o projeto e a agenda do período do governo militar que preconizava o avanço do liberalismo e organizações internacionais no país.

Essa luta, segundo Arouca (1986), se definia pela defesa de um bem-estar social:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à

² É importante ressaltar que a transição da redemocratização brasileira aconteceu por meio de uma mediação entre a oposição legal e o governo militar, resultando desse processo a promulgação em 28 de agosto de 1979, da Lei 6683, conhecida como “lei da Anistia”. (ABRÃO; TORELLY,2010)

educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo. (p. 36)

Concomitante ao Movimento da Reforma Sanitária, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) avançavam nas discussões, sendo ocupado por estudantes, familiares de pacientes que estavam sob o cuidado em hospitais psiquiátricos e pela sociedade civil. Com inúmeras denúncias de violências, privação de liberdade, cerceamento de direito, denúncias de trabalhadores que enfrentavam más condições de trabalho entre outros abusos, os debates se intensificaram com questionamentos, discutindo-se a prevalência da internação asilar como tratamento psiquiátrico praticado nessas instituições.

No ano de 1978, o psiquiatra italiano Franco Basaglia chegou ao Brasil e os movimentos que já estavam organizados se fortaleceram com as experiências antimanicomiais trazidas por ele.

No final dos anos 70, o psiquiatra havia denunciado o Colônia e reivindicado sua extinção: “O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma”. Perdeu o emprego. (ARBEX, 2013, p.16)

Na Itália, o avanço dos debates pró-reforma constituiu no país uma rede multidisciplinar de cuidado com a pessoa acometida por transtorno mental. Fomentos do movimento antimanicomial, foram se espalhando criando projetos que incentivam a participação dos pacientes em cooperativas com o objetivo de inseri-los na sociedade, bem como moradias assistidas para que pudessem suscitar a autonomia. Tais ações contribuíram para a construção da lei da Reforma Psiquiátrica italiana de nº 180/1978, a qual, mesmo não sendo de sua autoria, ficou conhecida internacionalmente como “Lei Basaglia”, pois foi resultado dos seus embates históricos.

No Brasil, a lei da Reforma Psiquiátrica italiana tornou-se símbolo e instrumento para os movimentos da luta antimanicomial, impulsionando os debates sobre a desinstitucionalização, fortalecendo as críticas radicais ao manicômio e revelando possibilidades concretas de ruptura com os antigos paradigmas no que se referia ao tratamento psiquiátrico existente naquele período.

A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de

reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. (AMARANTE, 1995, p.494)

Segundo Basaglia, (1982):

Certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura. Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso torna-se uma luta contra a loucura. Certamente, a loucura evidencia-se mais facilmente sob essa nossa vida agitada, assustadora, opressiva e violenta. (p.72)

Em 1979, Basaglia retornou ao Brasil e visitou alguns hospitais psiquiátricos nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, porém foi no estado de Minas Gerais que conheceu o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, mais conhecido como Hospital Colônia, o qual ele descreveu em uma entrevista à imprensa brasileira como um “campo de concentração nazista”.

Fome e sede eram sensações permanentes no local onde o esgoto que cortava os pavilhões era fonte de água. Nem todos tinham estômago para se alimentarem de bichos, mas os anos no Colônia consumiam os últimos vestígios de humanidade. (ARBEX, 2013, p.47)

Barbacena era considerada a “cidade dos loucos”, pois era destino daqueles que não eram considerados pela sociedade como sujeitos ou cidadãos. (AMARANTE, 1994)

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. Ao morrer, davam lucro. Entre 1969 e 1980, 1.853 corpos de pacientes do manicômio foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sem que ninguém questionasse. (ARBEX, 2013, p.14)

Entre os anos de 1978 a 1980, o processo da Reforma Psiquiátrica emergiu, tendo como estopim a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão que era vinculado ao Ministério da Saúde e responsável por formular as políticas para o subsetor saúde mental. Nessa ocasião, os profissionais deflagraram greve e, na sequência, estagiários e profissionais foram demitidos (AMARANTE, 1998).

Segundo Amarante (1998):

[...]Reforma Psiquiátrica brasileira processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também e principalmente, uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização. (p.87)

Diante do avanço dos debates, esse processo foi se configurando em um grande movimento que tomava conta do país. Entre simpósios, seminários, cursos, fóruns, os movimentos sociais e de saúde criavam vínculos e unidade.

Segundo Rosa (2003), o apoio popular impulsionou as discussões sobre a saúde que se constituíram sob três eixos de debate: o primeiro propunha a Saúde como direito e dever do Estado; o segundo propunha a reforma do Sistema Nacional de Saúde; e o último, o Financiamento da saúde.

[...] VIII Conferência Nacional de Saúde (17-21/03/1986) com a participação de cerca de 5 mil pessoas, a metade oriunda de movimentos sociais, uma verdadeira Constituinte Popular da Saúde, uma celebração emocionante de felicidade pública, uma festa popular multicultural democrática/republicana. [...] povos indígenas, movimento feminista, grupos de pacientes, movimentos comunitários, trabalhadores rurais e urbanos, debatem durante cinco dias em cento e trinta e cinco grupos de trabalho, e numa assembleia final que durou mais de 24 horas, aprovam o projeto político da Reforma Sanitária Brasileira, que foi base do capítulo da saúde na Constituição de 1988. (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p.211)

A VIII Conferência foi um marco histórico para a saúde pública no Brasil, pois ali foram formulados os princípios de universalidade, integralidade de assistência, participação da comunidade, descentralização político administrativa e valorização da medicina preventiva. (BRASIL,1986).

Esse processo demarcou historicamente as bases para o que viria a ser o “Sistema Único de Saúde” (SUS). Porém, os tensionamentos continuaram no decorrer dos anos 1980. E, de maneira síncrona ao movimento da Reforma Sanitária, o movimento da Luta Antimanicomial ampliava os debates e sua organização nacional.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 1987, organizada pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde e realizada no Rio de Janeiro, não teve a participação da sociedade civil, trabalhadores, usuários e famílias na sua organização porque à época isso não se cogitava. Tudo centralmente organizado, com grande esforço de setores contra hegemônicos do governo e uma grande sede de participação social dos diversos segmentos de base interessados. Não deu outra: ali se exercitou uma tomada de poder pela sociedade civil. Perverteu-se o estabelecido. (PITTA, 2011, p.4584)

No mesmo ano em que ocorreu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, foi organizado por trabalhadores da saúde mental o I Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, na cidade do Rio de Janeiro (RJ), que contou com a participação de usuários, familiares, estudantes e permitiu ampliar o debate sobre os métodos de cuidados propostos pelas políticas públicas em saúde mental naquele período. Os militantes reivindicaram que aquele modelo de cuidado fosse revisto, objetivando o processo de autonomia e cidadania.

Há um movimento. Há uma luta. Há um movimento de luta. Sempre me chamou a atenção a forma que decidiram nomear no Brasil o processo político pelo fim dos manicômios: Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. Não é só movimento e nem só luta, tal nomeação me remete a uma luta em movimento e um movimento constante de luta. (MARTINS, 2009, p. 57)

Ainda em 1987, em dezembro, na cidade de Bauru (SP), ocorreu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Com evento composto por trabalhadores de saúde mental, estudantes e familiares, as discussões foram intensas sobre o adoecimento mental, a loucura, a psiquiatria e o processo de desinstitucionalização.

É o Congresso de Trabalhadores de Bauru, realizado em 1987 que alcança o consenso de ser o marco de articulação de diferentes movimentos sociais em torno da Reforma Psiquiátrica, particularmente de São Paulo, Rio, Minas Gerais, onde se pactuou o lema “por uma sociedade sem manicômios” originado na Itália, trazido do último encontro da Rede de Alternativas à Psiquiatria que animou e parece seguir animando a utopia da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (PITTA, 2011, p.4583)

Amarante (1998) reconhece a repercussão desse congresso:

[...] consolidada no Congresso de Bauru, repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, esta trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional [...]. (p. 82)

Um dos encaminhamentos do congresso foi a construção do documento histórico conhecido como “CARTA DE BAURU”. Esse manifesto público foi assinado por 350 trabalhadores, marcando historicamente o Movimento da Luta Antimanicomial Brasileira.

[...] Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso[...] O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. [...] (MANIFESTO DE BAURU,1987)

Segundo Amarante (1995):

O lema “Por Uma sociedade Sem Manicômios”, construído neste contexto, aponta para a necessidade do envolvimento da sociedade na discussão e encaminhamento das questões relacionadas à doença mental e à assistência psiquiátrica. Deste ano até hoje, o Movimento vem organizando atividades culturais, artísticas e científicas nos estados e nas principais cidades do país com o objetivo de envolver mais atores sociais na questão [...] (p. 492).

Na década de 80, iniciaram as implantações dos Centros de Atenção Psicossocial pelo país, mas apenas foi em 2002 que o Ministério da Saúde destinou financiamentos

para a ampliação desse serviço. Dessa política, resultou a ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que é um dispositivo de saúde de portas abertas para atender pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, que tem como objetivo, além do cuidado clínico, estimular participação social, familiar e comunitária. (BRASIL,2005)

Em meio à efervescência das lutas pró-reforma psiquiátrica, já no ano de 1987, foi inaugurado o primeiro CAPS na cidade de São Paulo, chamado “CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, conhecido como “CAPS Itapeva”.

O CAPS Luiz Cerqueira nasce em 1987 e é identificado como “marco inaugural” de um modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma “clínica ampliada” que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo. Tal clínica teve na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social, o seu tripé de funcionamento. Tornou-se o exemplo de um novo modelo de cuidado em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar, sobretudo de pessoas psicóticas, mas também de não psicóticas, das suas famílias, de suas moradias, de suas artes, do seu trabalho, da sua renda... no território. Pacientes psiquiátricos graves exigem “condições terapêuticas que inexistem nos ambulatórios e hospitais psiquiátricos” tradicionais. (PITTA, 2011, p.4584)

Anos mais tarde, através da Portaria Gabinete do Ministro 224/92, esse dispositivo foi oficialmente criado, sendo um dos principais símbolos pró-reforma psiquiátrica.

No ano de 1988, foi promulgada a oitava Constituição Federal do Brasil, pela qual a saúde é reconhecida como um direito de todos. No campo da saúde, após um processo de árduas lutas, pautado pelas discussões e tensionamento dos movimentos que compuseram a 8ª Conferência Nacional de Saúde, chegou-se à elaboração de um projeto democrático, pelo qual a política de Estado na área da saúde pública foi redefinida, colocando-a como um direito de todos e um dever do Estado.

Nesse processo, ficou estabelecido também o que conhecemos como tripé da seguridade social, composto pelas políticas de saúde, pela previdência social e pela assistência social.

Segundo o Artigo 196 da Constituição Federal 1988:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com ações pautadas pelo avanço do debate sobre as políticas de saúde mental, no ano de 1989, na cidade Santos, foi realizada a intervenção na Casa de Saúde Anchieta pela Secretaria Municipal de Saúde, visando a implantação de uma Rede de Atenção em

Saúde Mental Substitutiva que seria modelo para outras regiões do país.

A intervenção, o desejo e a vontade política da equipe gestora foram motivadas por denúncias de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos que logo se confirmaram. O trabalho determinado de uma equipe pode, em pouco tempo, deslocar o eixo do cuidado para o território organizado em torno dos então criados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em cada Distrito da cidade. Já nasceram centros comunitários de Saúde mental diurnos, funcionando vinte e quatro horas ao dia, sete dias na semana. Foi a mais radical experiência de um modelo substitutivo aos manicômios no país, conduzida por David Capistrano, Roberto Tykanori, Fernanda Néscio, Antonio Lancetti e muitos outros. Cobria toda a cidade de quinhentos mil habitantes e fechou o manicômio lá existente, substituído por uma rede diversificada de dispositivos. (PITTA, 2011, p.4585)

Ainda em 1989, o deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores do Estado de Minas Gerais lançou um projeto de lei nº 3.657/89 que propunha os direitos da pessoa com transtorno mental e assistência em saúde mental em um modelo não manicomial, o que intensificou o debate sobre o fechamento dos manicômios no país.

Também no processo da Constituinte, o movimento organiza espaços inovadores como a Plenária das Entidades de Saúde e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária que transformou o texto da Constituição na Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080 de 19/09/1990. (SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p.211)

Em 19 de setembro de 1990, a Lei nº 8080 foi assinada e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com os seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (BRASIL, 1990, art. 7º).

Ao longo dos anos 90, o cenário da Reforma Psiquiátrica foi amadurecendo e se

consolidando politicamente. Concomitante ao seu desenvolvimento, o Movimento da Luta Antimanicomial se fortalecia tendo nesse período um engajamento massivo de usuários, familiares e profissionais de outras áreas de atuação, com reivindicações que saíam do espaço restrito à psiquiatria, avançado para um debate com demandas do âmbito social e político.

Com este novo protagonismo o do próprio louco ou usuário delinea-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/doente mental deixa de ser simples objeto da intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisas no teclado psiquiátrico ou nas iniciativas do próprio MTSM. Seja nos espaços destas associações, seja em trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica, social, de lazer e participação, que passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhes foi permitido. (AMARANTE, 1998, p. 121)

Em novembro de 1990, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)³ lançou o documento intitulado “A Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina e no Caribe”. Esse documento definiu uma nova política para os serviços de Saúde Mental e ficou conhecido como a Declaração de Caracas, uma vez que ele foi lançado em evento que ocorreu na cidade de Caracas, na Venezuela.

Esse documento, adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), previa, dentre outras ações, a reestruturação do cuidado e atenção psiquiátrica que divergia e criticava o cuidado central e predominante do manicômio, destacando que o cuidado e o tratamento deveriam garantir a dignidade humana, os direitos humanos e civis, declarando os seguintes critérios:

1. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica deve estar ligada ao Atendimento Primário da Saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos, centrados na comunidade;
2. Que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implica em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços;
3. Que os recursos, cuidados e tratamentos dados devem: a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis; b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados; c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
4. Que as legislações dos países devem ajustar-se de modo que: a) assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais; b) promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento;
5. Que a capacitação dos recursos humanos em Saúde Mental e Psiquiatria deve fazer-se apontando para um modelo, cujo eixo passa pelo serviço de saúde

³ Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano. (Fonte: <https://www.paho.org/pt/brasil>)

comunitária e propicia a internação psiquiátrica nos hospitais gerais, de acordo com os princípios que regem e fundamentam essa reestruturação;

6. Que as organizações, associações e demais participantes desta Conferência se comprometam solidariamente a advogar e desenvolver, em seus países, programas que promovam a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica e a vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais e respectivos compromissos internacionais. (DECLARAÇÃO DE CARACAS, 1990)

No Brasil, em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, reconhecida como um marco histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, marcado pela participação da sociedade civil no processo da reforma.

Momento importante na constatação da tensão dos diferentes grupos envolvidos no processo da Reforma [...] a II Conferência Nacional de Saúde Mental “a democrática”, realizada em Brasília em 1992. É um marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira com intensa participação dos segmentos sociais envolvidos, onde já 20% dos delegados à conferência foram os usuários e familiares [...] As recomendações gerais sobre o modelo de atenção enfatizavam o território e a corresponsabilidade no cuidado como forma de garantir “o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte”. (PITTA, 2011, p.4586)

Ainda no ano de 1992, após a regulamentação⁴ dos CAPS's a internação passou a ser um recurso aceitável, mas não o único, potencializando a articulações entre os serviços de saúde e assistência social. Sob a lógica pautada pelas discussões multidisciplinares, reconhecimento do território e da comunidade, foi possível ampliar os debates sobre o processo de exclusão social no processo da internação.

Adotar os conceitos de território e responsabilidade, como forma de dar à distritalização em saúde mental um caráter de ruptura com o modelo hospitalocêntrico, garantindo o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte. (BRASIL, 1994, p. 12)

Em 1993, aconteceu o I Encontro do Movimento da Luta Antimanicomial na cidade de Salvador (BA) que ampliou os debates do cuidado em liberdade com propostas radicais pró-reforma, as quais vão tomando o espaço político do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Durante a década de 1990, os movimentos articulavam-se, pressionando o Poder Executivo para que a lei em prol da reforma psiquiátrica fosse aprovada.

O projeto era simples, com três artigos estruturantes: o primeiro impedia a construção ou a contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomiais de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária. Depois de aprovado na Câmara dos Deputados, o projeto completou onze anos de substitutivos e postergações no Senado para de lá sair em 1999, numa

⁴ Portaria Gabinete Ministerial 224/92.

articulação do parlamentar proponente, do Ministério da Saúde e do movimento antimanicomial. (PITTA, 2011, p.4585)

O início dos anos 2000 foi marcado pela intensa pressão da sociedade civil e do Movimento da Luta Antimanicomial para a aprovação do projeto de Lei nº 3.657/89. Os grupos questionavam as ações substitutivas e a morosidade da aprovação do Projeto de lei.

Alguns destes empresários, movidos pela ameaça que representa a reforma psiquiátrica, e não apenas o projeto Paulo Delgado, vem aterrorizando familiares, deturpando os princípios da reforma, dizendo-lhes que o que se propõe é o fechamento dos hospícios e a devolução dos internos aos familiares ou o abandono dos mesmos nas ruas (AMARANTE, 1995, p. 493)

As mediações dos movimentos e da sociedade civil fizeram com que o projeto voltasse para Câmara e retornasse em projeto substitutivo, tendo sido aprovada em 6 de abril de 2001 a lei 10.216, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, um dos momentos cruciais do avanço dessa reforma brasileira. A lei “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004).

Segundo Amarante (1995), a desinstitucionalização significa:

[...]tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. [...]De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social.(p. 494).

Podemos destacar que houve mudanças radicais no padrão do sistema de cuidado de saúde mental, sendo os atendimentos e as internações que eram feitos nos hospitais psiquiátricos substituídos pelo cuidado em liberdade, como um direito constitucional.

Os progressos verificados no processo de desinstitucionalização foram muito significativos. Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014. (ALMEIDA, 2019, p.3)

O caminho da desinstitucionalização no Brasil avança e os dispositivos de serviço substitutivo seguem como ferramenta fundamental para que esse processo possa se fortalecer, persistir e resistir.

1.2 A Loucura: a manifestação da Questão Social

As discussões relacionadas à loucura atravessaram muitas décadas na luta para impedi-la de permanecer no calabouço histórico. Por um lado ela exigia ações de mediação, por outro recebia medidas legislativas que legitimavam ações truculentas, sustentadas pelo viés da moralidade, numa tentativa de encurralar a ampliação dos debates e os avanços no que se refere ao paradigma do transtorno mental. Nesse conflito, por muito tempo, a internação era a solução social.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não lhe permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT 1972, p. 78).

Percebida dessa maneira, a loucura deixou vestígios de exclusão na história, o que colaborou para engrenar o tabu social em relação ao tema. Por isso, os dados de confinamentos nos porões de Santas Casas e os rastros de tortura nos indivíduos que sofreram na pele o estigma do transtorno mental continuam latentes. A associação da loucura a práticas de criminalização endossou, durante séculos, estratégias que legitimavam o isolamento social do louco e os discursos que induziram o medo, o controle e a vigilância social.

Negava-se, dessa forma, o “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobre põe no manicômio o objeto ‘periculosidade’ (ROTELLI, 2001, p. 90).

A relação sociedade e o estigma da loucura atravessa períodos, sendo fundamental a reflexão acerca desse paradigma histórico que está intrincado nas relações sociais, políticas e na busca pela obtenção de um comportamento hegemônico social. A definição de Goffman (2004) para o estigma é a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a

identidade social real. (GOFFMAN, 2004, p.6)

Para Goffman (2004), a identidade social real seria como de fato o indivíduo é, atributos inatos; já a identidade social virtual é baseada em concepções normatizadas pela sociedade, ou seja, como o indivíduo acredita ser.

Ao longo do processo sócio-histórico, o estigma da loucura reforça a concepção separatista e depreciativa dos indivíduos acometidos pelo transtorno mental, corroborando com a dissensão da ruptura de preconceitos e da normatização de padrões de comportamento sociais, o que condiciona os indivíduos ao status de “normal ou anormal”.

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. [...] fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construimos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original. (GOFFMAN, 2004, p. 08)

A estigmatização da loucura pode ser considerada um dos mecanismos para exclusão social. Quando o indivíduo com transtornos mentais está na centralidade do debate, percebem-se direitos violados, já que o louco é visto como ameaça para a sociedade. Assim, esses indivíduos ficam impedidos do convívio familiar. Nas palavras de Arbex, as consequências são marcas indelévels. Ela se pergunta: “Como resgatar o sofrimento imposto por uma vida inteira? É difícil devolver a eles o que lhes foi negado”. (ARBEX, 2013, p. 135)

A identidade de oprimido e de explorado é um modo de sobrevivência social, biológica, psicológica e espiritual, construída alienada e inconscientemente pelo povo pobre para reduzir sua angústia e sofrimento diante da miséria e da violência, para não ser eliminada socialmente, nem psíquica e fisicamente. É um tipo de identidade que não integra socialmente os indivíduos e os mantém separados, individualizados, dentro de sua coletividade. É uma tentativa de resistir ao caminho de exploração, doença e morte imposto pela classe dirigente, cujo final é representado pela penitenciária, hospital, manicômio ou cemitério (GÓIS, 2008, p. 61-62).

De acordo com Basaglia, essa violência e exclusão são sustentadas por argumentos. A violência se sustenta sob a intenção educativa. Ela teria a função de educar. Já a exclusão se sustenta como consequência da finalidade educativa. (BASAGLIA, 1985).

A instituição visa apenas impedir a mendicância e a ociosidade, na medida em que são fontes de desordem: ela também funciona como centro de trabalho forçado, embora seja de fato o lugar privilegiado da ociosidade. A loucura

acha-se compreendida aqui sob as categorias da pobreza, da mendicância e do ócio. (MARIETTI, 1977, p. 106).

O estigma da loucura furta do indivíduo sua autonomia, seu direito ao convívio social, ao trabalho, pois, na sociedade capitalista os meios de produção constroem sociabilidades propensas ao sofrimento psíquico e cria direta ou indiretamente mecanismos subjetivos de segregação.

Para Amarante (2008, p. 75) os “loucos”:

[...] podem ser encontrados preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de parias, são ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental.

A loucura não está deslocada dos determinantes sociais resultantes do capitalismo; ao contrário, o capitalismo é o (re)produtor do processo de sobrevivência social e econômica. Por isso, se faz necessária uma análise do desenvolvimento histórico de segregação dos indivíduos acometidos por transtornos mentais. No sistema capitalista a pobreza se intensifica e sua reprodução é estratégica para sua estruturação e manutenção do status quo. Sua base está no processo de acumulação que reflete diretamente nas expressões das desigualdades sociais provenientes da relação entre capital e trabalho, sendo essas manifestações da questão social, que está intimamente vinculada ao sistema capitalista de produção.

Para Iamamoto (1999) a questão social se define:

[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (p. 27).

Pensar o “louco” na sociedade capitalista leva à reflexão de que a sua condição social o coloca em total insignificância, pois o mesmo não produz sendo essa primordial condição de seu status. Ora, assim o colocamos em uma posição de utilidade ou inutilidade, enquadrando-o em uma conjunção violenta de sobrevivência.

Não seria mais adequado concluir que estes doentes, devido exatamente ao fato de serem socioeconomicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social), que os joga para fora da produção à margem da vida em sociedade, confinando-os nos limites dos muros hospital? Não seriam eles, definitivamente, o refugio, os elementos de desordem desta nossa sociedade que se recusa a reconhecer-se em suas próprias contradições? (BASAGLIA, 1985, p. 108)

A percepção da loucura é evidenciada não apenas pela construção de um ideário social e de sua aproximação com a pobreza, mas também pela elegibilidade das suas ações

e opiniões, o que legitima seu apartamento e sua posição na sociedade capitalista.

Segundo Amarante (1998):

[...] na realidade, o problema das instituições psiquiátricas revelava uma questão das mais fundamentais: a impossibilidade, historicamente construída, de trato com a diferença e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as maiorias feitas minorias ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências. Opera-se uma identificação entre diferença e exclusão no contexto das liberdades formais e, no caso da loucura, o dispositivo médico alia-se ao jurídico, a fim de basear leis e, assim, regulamentar e sancionar a tutela e a irresponsabilidade social. (p. 48)

Conforme Rosa e Campos (2013), antes das internações em hospitais psiquiátricos e Santas Casas, os considerados “loucos” eram classificados: se calmos, poderiam permanecer livres nas cidades; se agitados, eram presos nas cadeias públicas; se ricos, eram tratados por familiares ou, na Europa, como um recurso de recorte comportamental e social.

Franco Basaglia (1985), sobre a classe social, escreveu:

[...] podemos afirmar desde já que ele é, antes de mais nada, um homem sem direitos, submetido ao poder da instituição [...] tal exclusão ou expulsão da sociedade resulta antes da ausência de poder contratual do doente (ou seja, de sua condição social e econômica) que da doença em si. (p.107-8)

Para Pitta (2011), a desinstitucionalização é uma possibilidade concreta de reinserção para o indivíduo acometido pelo transtorno mental na sociedade, pois manifesta condições reais de sobrevivência, transformando o sujeito em cidadão.

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. (AMARANTE, 1995, p. 494 -5)

Esse processo exige uma desconstrução social da loucura, fazendo-se necessária uma análise da saúde mental em uma perspectiva crítica, priorizando caminhos que discutam a emancipação social do indivíduo acometido pelo transtorno; apreendendo estratégias de reversão da exclusão com o fortalecimento das políticas públicas; enfrentamento do negacionismo científico e ampliação das informações sobre o adoecimento psíquico. Avanços nesse sentido são visíveis nos últimos tempos, ainda que na contracorrente das direções governamentais que retrocedem a política pública de

atenção à saúde mental, ainda assim, resistências e experiências exitosas são facetas da realidade contraditória que vive o país.

O Brasil, no início do século XXI, traz uma nova visão sobre a saúde mental; temos aqui o oposto visionário das propostas do início do século passado. O que temos nesse período são políticas públicas de saúde mental sendo debatidas, desenvolvendo-se e consolidando-se como um espaço de cuidado e integração social.

Para Barros e Salles (2011), a lei 10.216/01, sobre a Política Nacional de Saúde Mental, busca consolidar um modelo aberto de atenção à saúde mental, garantindo a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e a cidade.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS’s constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL,2004, p.9)

O CAPS tem por objetivo oferecer um espaço de cuidado clínico, social e psíquico, dado o projeto terapêutico singular (PTS) de cada indivíduo, fortalecendo o processo de autonomia, cidadania, reconstrução de vínculos familiares e comunitários, sendo contrário ao isolamento e à exclusão social e a favor da promoção de liberdade (BRASIL, 2004)

Um outro aspecto que merece ser sublinhado é que a desinstitucionalização foi um processo planejado e progressivo. Por exemplo, entre 2002 e 2011, os hospitais com mais de 400 leitos, que tinham 30% do total, sofreram uma redução gradual para 10,5%, enquanto os hospitais menores, com menos de 160 leitos, que tinham apenas 22% do total de leitos em 2002, aumentaram gradualmente a sua participação, de modo que, em 2011, alcançaram 52% do total do número de leitos. A partir de 2002, novos tipos de CAPS começaram a ser criados, com o objetivo de atender populações com necessidades específicas. (...) Assim, foram criados e incorporados à rede de saúde do SUS os CAPS-I, para prestar atendimento a crianças e adolescentes, e os CAPS-AD, para atender pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e abuso de substâncias. Em 2006, havia 673 CAPS para adultos e 66 CAPS especiais para crianças e adolescentes. Em 2014, existia um total de 2.209 CAPS, e em 2017 esse número tinha subido para 2.462. (ALMEIDA, 2019, p.3)

Durante o desenvolvimento da implantação e implementação, visando garantir a articulação das redes de saúde, o acolhimento, o acompanhamento contínuo, bem como a atenção às urgências, foi criada, através da Portaria Ministerial GM nº3088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que é composta por vários serviços, destacando-se como principais os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), as unidades de urgência e emergência e, finalmente, as unidades Básicas de

Saúde.(UBS).

Para Amarante (1995), o futuro da reforma psiquiátrica está na escolha da sociedade brasileira, na forma de lidar com os seus diferentes, que são as minorias, os sujeitos em desvantagem social, sendo essa uma questão ética.

É importante destacar que os serviços devem ser vistos pela sociedade e potencializados pelo Estado como um espaço de concretização de direitos socialmente conquistados, sendo resultado de política pública. É, portanto, necessário quebrar o paradigma histórico da exclusão, especialmente nos equipamentos de saúde, a fim de destruir o estigma social da loucura.

Conforme Vasconcelos (2010), o êxito da reforma psiquiátrica necessita da presença social e política dos movimentos, de pessoas comprometidas com a luta em defesa dos interesses sociais, individuais e democráticos, dentro do Estado, visando ocupar os espaços das gestões a fim de garantir a implantação e financiamento das políticas e programas.

CAPÍTULO 2

A ARTE NA SAÚDE MENTAL: INCUBADORA DE RESISTÊNCIA

2.1 Ensaio histórico do debate sobre os cuidados em Saúde Mental e a Arte

A “loucura” transitou por inúmeros sentidos na história: ela ocupou o estado místico (SILVEIRA; BRAGA, 2005), percorreu pelo espaço do “Mal”, passou do aprisionamento nos hospitais e asilos para o social e científico (FOUCAULT, 1972) até o processo de desinstitucionalização (AMARANTE, 1998).

Segundo Silveira e Braga (2005), na Grécia Antiga, a loucura era a “desrazão valorizada”, sendo considerada um privilégio, divino e sublime.

A divindade da loucura se despia nas expressões artísticas, fosse no teatro ou nas pinturas, fosse nas manifestações reais do sujeito, nas ruas e praças. Quando tratada na dimensão sobrenatural, a loucura caminhava entre a morte e a sabedoria, entre o medo e a liberdade.

Assim, essa brecha entre experiência mística e consciência crítica foi aberta durante a Renascença e nunca mais deixou de se abrir, acentuando um vazio entre o trágico e o crítico que nunca mais será preenchido. A loucura já não é mais porta-voz da verdade divina e em pouco tempo passará a ocupar o lugar de representante simbólico do mal. (SILVEIRA; BRAGA, 2005, p.593)

No decorrer da história, as reações sociais diante da loucura foram se mostrando adversas a ela, crescendo na sociedade o desprestígio do transtorno mental. Na Idade Média, a loucura foi inserida à margem da sociedade; e os que por ela eram acometidos viviam a transição do divino para a concepção do “o mal”, manifestada na pele, no olhar, nas vestimentas e no abandono.

Segundo Foucault (1972):

Durante toda a Idade Média, e por muito tempo no decorrer da Renascença, a loucura estivera ligada ao Mal, mas sob a forma de transcendências imaginárias; doravante, ela se comunica com ele pelas vias mais secretas da escolha individual e das más intenções. Não se deve ficar surpreso diante dessa indiferença que a era clássica parece opor à divisão entre a loucura e a falta, a alienação e a maldade. (p.153)

Na Idade Média e Renascença as formas de afastamento do louco do convívio social, dada sua ligação com o “mal” (FOUCAULT, 1972) se alicerçava. Porém, foi na Europa do século XVII que as casas de internamento começaram a surgir, recebendo os leprosos, os loucos, os considerados “perigosos”. Esse processo demarca a organização social daquele período que determinava sanções aos considerados perturbadores da ordem social. (MILLANI, 2008)

É importante ressaltar que até então não havia tratamento para o considerado “louco”. A racionalidade do indivíduo era o que determinava a convivência ou aprisionamento social. De fato, a loucura só passou a ser vista como doença no século XVIII. Por isso, o confinamento não se sustentava com base científica.

Segundo Garcia-Roza (2005), foi no século XVII que a divisão entre a razão e a desrazão produziu a “loucura”.

A partir do século XVII, o desatino não é mais a grande assombração do mundo; deixa também de ser a dimensão natural das aventuras da razão. Assume o aspecto de um fato humano, de uma variedade espontânea no campo das espécies sociais. O que outrora constituía um inevitável perigo das coisas e da linguagem do homem, de sua razão e de sua terra, assume agora figura de personagem. Ou melhor, de personagens. Os homens do desatino são tipos que a sociedade reconhece e isola: existe o devasso, o dissipador, o homossexual, o mágico, o suicida, o libertino. O desatino começa a ser avaliado segundo um certo distanciamento da norma social. (FOUCAULT, 1972, p.103-4)

A normatização do discurso social do século XVII apagava gradualmente as possibilidades do “diferente”, avançando na substituição das singularidades pelo enquadrando dos indivíduos.

Loucura e pensamento eram dois termos que podiam ser definidos por exclusão, pois o pensamento era exatamente aquilo que, por ser regulado pela razão, opunha-se à loucura. O homem pode ficar louco, o pensamento não. E o ficar louco implica exatamente a perda da racionalidade. Se prosseguirmos na mesma linha de raciocínio, chegaremos facilmente ao ponto a que chegou a consciência da loucura no século XVII: se o que distingue o homem do animal é a racionalidade, o louco identifica-se com o animal. Daí as práticas de dominação da loucura, num certo período, terem adquirido características idênticas às empregadas para se domar um animal bravo. Loucura, além de desrazão — ou precisamente por isso — é furor. (GARCIA-ROZA, 2005, p.28)

O internamento constituiu-se sob uma estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica, assim os internos viviam privados de sua alteridade, o que os impedia de demonstrar suas vontades. (BASAGLIA, 1985)

No que diz respeito à experiência do internamento, Foucault (1972) afirma:

Dir-se-ia uma nova exclusão no interior da antiga, como se tivesse sido necessário esse novo exílio para que a “loucura” enfim encontrasse sua morada e pudesse ficar em pé sozinha. A “loucura” encontrou uma pátria que lhe é própria: deslocação pouco perceptível, tanto o novo internamento permanece fiel ao estilo do antigo, mas que indica que alguma coisa de essencial está acontecendo, algo que isola a “loucura” e começa a torná-la autônoma em relação ao desatino com o qual ela estava confusamente misturada. (FOUCAULT, 1972, p. 384)

No final do século XVII, a ciência e as experiências passam a fazer parte do cotidiano dos internados nas Santas Casas e hospícios, a loucura passa a ser doença e iniciava-se a saga pela sua cura, a descoberta da sua libertação. (FOUCAULT, 1972).

Segundo Silveira e Braga (2005), o século XVIII determina definitivamente o fenômeno da loucura como doença. É nesse período que o pensamento médico/científico se torna absoluto no processo de cuidado.

A progressiva alteração de suas significações sociais, a crítica política da repressão e a crítica econômica da assistência, a apropriação de todo o campo do internamento pela loucura, enquanto todas as outras figuras do desatino foram dele afastadas, tudo isso é que faz do internamento um lugar amplamente privilegiado pela loucura: o lugar de sua verdade e o lugar de sua abolição. O internamento ganha valor terapêutico: torna-se asilo. A loucura torna-se objeto médico: ganha o valor de doença. E a ligação entre o asilo e a doença forja-se como uma relação necessária. (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p. 83)

No fim do século XVIII, ocorreu uma expansão significativa de internações por toda a Europa. O processo de normatização social avançava em detrimento do isolamento dos loucos, estes que eram afastados de seus corpos, das suas vozes e dos seus direitos mínimos.

Mas trata-se aí de celas e cômodos que há muito tempo eram destinados aos alienados mais perigosos e mais agitados. Se são calmos e se ninguém tem nada a temer deles, são amontoados em células mais ou menos amplas (...) Se, pelo contrário, os insanos são particularmente perigosos, mantêm-nos num sistema de coação que sem dúvida não tem natureza punitiva, mas que deve apenas fixar rigidamente os limites físicos de uma loucura enraivecida. Normalmente são acorrentados às paredes e às camas. (FOUCAULT, 1972, p.149)

No século XIX as ideias de Willian Tuke⁵ e Philippe Pinel⁶ ampliaram as discussões sobre possibilidades de cuidados “humanizados” das pessoas acometidas pelo transtorno mental. Eles acreditavam na cura do transtorno, contrariando as técnicas terapêuticas aplicadas no período.

O momento em que a jurisprudência da alienação se torna a condição preliminar de todo internamento é também o momento em que, com Pinel, está nascendo uma psiquiatria que pela primeira vez pretende tratar o louco como um ser humano. O que Pinel e seus contemporâneos sentirão como uma descoberta ao mesmo tempo da filantropia e da ciência é, no fundo, apenas a reconciliação da consciência dividida do século XVIII. (FOUCAULT, 1972, p.132)

Pinel acreditava que a cura da loucura não poderia vir do aprisionamento, asilamento ou punição, mas da retirada das amarras físicas e a retomada de algumas

⁵ Ligado ao tratamento humanizado do indivíduo com transtorno mental, William Tuke projetou no ano de 1792, o Retiro de York. Essa instituição foi amplamente reconhecida por ter metodologias e cuidados diferenciados daquele período, propondo tratamentos sem restrições excessivas. (EDUFMA, 2020)

⁶ Phillipe Pinel foi o principal percussor do processo de mudança do cuidado ao indivíduo com transtorno mental. Integrou a corrente que constituiu o saber psiquiátrico por meio da observação e análise sistemática dos fenômenos perceptíveis da doença. Defendia a cura da loucura por meio do chamado "tratamento moral", que consistia em um tratamento aplicado a todos os indivíduos que não se enquadravam nos padrões sociais de comportamentos. (FONTE: <http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/text/bio-pinel.php>)

atividades socialmente compartilhadas.

Estamos na trilha daquilo que o século XIX chamará de "loucura moral"; mas ainda mais importante é que se vê surgir aqui o tema de uma loucura que repousa inteiramente sobre uma má vontade, sobre um erro ético. Esta indiferença não pertence a um saber ainda muito rude, mas sim a uma equivalência escolhida de modo ordenado e proposta com conhecimento de causa. Loucura e crime não se excluem, mas não se confundem num conceito indistinto; implicam-se um ao outro no interior de uma consciência que será tratada, com a mesma nacionalidade, conforme as circunstâncias o determinem, com a prisão ou com o hospital. (FOUCAULT, 1972, p.137)

Foucault (1972) descreveu que os métodos no processo de internamento do século XIX apartavam os loucos das manifestações de cunho artístico, pois acreditava-se que o teatro, a música eram espaços considerados depravados e propícios para a construção de ilusões factíveis para o adoecimento mental.

Segundo Lima e Pelbart (2007):

[...] ao longo do século XIX opôs alienistas a escritores na tentativa de formular uma compreensão para o fenômeno da loucura. Uma querela que evidenciava uma oposição entre o reino da razão – que se debatia em tentativas de explicar, classificar, distinguir o comportamento normal do patológico e excluir a loucura – e o reino da paixão, do sentimento e da imaginação que, acolhendo a loucura, fazia que ela passasse a habitar nossos íntimos recônditos. (p.713)

Ao final do século XIX, a tensão criada entre a doença mental e a cura avançava na medida em que era atravessada pelas análises médicas. A loucura traçava novos atores para sua “cura”. Se em séculos anteriores a loucura já foi sinônimo de desordem social e perigo, nos anos que se seguem estava sob controle da medicina psiquiátrica, para o saber absoluto, que almejava elementos científicos que comprovassem o estado da loucura, conforme demonstra Foucault:

A psiquiatria positiva do século XIX, e também a nossa, se renunciaram às práticas, se deixaram de lado os conhecimentos do século XVIII, herdaram em segredo todas essas relações que a cultura clássica em seu conjunto havia instaurado com o desatino; modificaram essas relações, deslocaram-nas; acreditaram falar apenas da loucura em sua objetividade patológica mas, contra a vontade, estavam lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade. (FOUCAULT, 1972, p.161-2)

Restava ao louco a clausura terapêutica e as inúmeras tentativas de redenção de seu adoecimento, de sua subalternidade diante de suas escolhas são tangíveis. Ele não tem onde morar; não tem como viver; nem como se adequar. A conduta da sociedade naquele período não oferecia escuta ao louco, mas administrava as decisões, determinando onde ele deveria ficar e viver.

À medida que o positivismo se impõe à medicina e à psiquiatria, singularmente essa prática torna-se mais obscura, o poder do psiquiatra mais milagroso e o par médico-doente mergulha ainda mais num mundo estranho. Aos olhos do doente, o médico torna-se taumaturgo; a autoridade que ele emprestava da ordem, da moral, da família, parece ser por ele retirada, agora, dele mesmo. (FOUCAULT,1972, p.500-1)

Nas primeiras décadas do século XX, o ideário de cura e diagnóstico se fortalecem mediados pelos pressupostos da psiquiatria e a consolidação da estrutura manicomial. (HEIDRICH,2007)

Para Basaglia (1985):

A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. E o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. Isso significa que em contato com a realidade institucional, e em nítida contradição com as teorias técnico-científicas, evidenciaram-se elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e sua cura. (p.103)

A psiquiatria do século XX traz um arcabouço de tentativas de cura para o adoecimento mental; nos asilos e hospitais psiquiátricos, os médicos experimentavam e orientavam os cuidados aos acometidos pela loucura.

Como fazer, dentro deste quadro, para considerar a doença como um dado? Onde reconhecê-la, onde isolá-la senão num mais além que somos, por enquanto, incapazes de atingir? É possível ignorarmos a natureza da distância que nos separa do doente, imputando suas causas exclusivamente à doença? Não seria melhor que antes retirássemos, uma a uma, as capas da objetivação para podermos ver o que resta no fim? (BASAGLIA, 1985, p.113)

Os pátios dos hospitais psiquiátricos foram palcos dos estudos que avançavam durante o século. Os psiquiatras observavam os internos, analisando potencialidades para a cura. Dentre as inquirições, percebiam as expressões dos pacientes através de desenhos, em muitos casos encontravam pinturas com tinta ou com secreções do próprio corpo. Essas manifestações artísticas tornavam-se cada vez mais rotineira naqueles espaços onde o aprisionamento ainda era considerado terapêutico.

Nesse processo, a apreensão dos grupos de psiquiatras sobre as atividades com envolvimento de pinturas se apresentava exitosa. As experiências artísticas feitas pelos internos eram utilizadas para legitimação dos seus discursos científicos. Os conteúdos criados pelos internos passariam a ser estudados com a intenção de se compreenderem os efeitos terapêuticos que a arte suscitava no indivíduo acometido pelo adoecimento mental, ocasionando o interesse técnico sobre a intersecção entre a arte e a loucura.

Para Liberato e Dimenstein (2013), a intersecção dos campos da doença mental e a arte como tratamento passa a vislumbrar novos campos e olhares da ciência e sociedade.

A desrazão confinada na loucura ou na obra exigiria, quem sabe, não psiquiatras, nem críticos de arte, mas algo que por falta de expressão mais adequada chamarei por ora de pensadores do Fora. O pensamento do Fora pode ocupar-se do Fora embutido na loucura e na arte, na filosofia ou na política. (PELBART,1989, p.179).

Avançando pelo século XX, a loucura e a arte ocupam mais campos de debates, e as manifestações sociais do “louco” enquanto conhecimento tangível provocavam discussões sobre o cuidado. Nesse século, o aprisionamento como meio terapêutico e de cuidado começa a ser questionado por movimentos reformistas que emergiam na Europa e se espalhavam por outros países, o que ficou conhecido como "psiquiatria reformada".

Esse movimento era composto por psiquiatras da contemporaneidade que faziam críticas severas às formas de cuidado e ao asilamento dos indivíduos com transtornos mentais.

A vida dos internados, para as quais Pinel já reclamava clamorosamente o direito à liberdade, continua regulada por limites obrigatórios, burocracia e autoritarismo. Na realidade parece que somente agora o psiquiatra está redescobrendo que o primeiro passo para a cura do doente é a volta liberdade, da qual vem sendo privado até o dia de hoje pelo próprio psiquiatra. (BASAGLIA, 1985, p.114)

A “loucura” passou por tortuosos caminhos e as sociedades manifestavam século a século suas compressões sobre a manifestação do adoecimento.

Para Martins (2009):

Capitalismo, ciência e justiça se embaralhavam, compondo, modos de se estar em relação. Mendigos, pobres, desempregados, loucos e pervertidos, que até o Renascimento faziam parte da paisagem citadina, foram retirados das ruas. Naquele contexto, ergueram-se grandes paredes, que ao mesmo tempo instituíram identidades homogêneas e uma nova pátria àquela multidão sem rosto. (p. 87)

2.2 O debate contemporâneo brasileiro da Arte e da Loucura

No início do século XIX, quando a família Real chegou ao Brasil, ela trouxe consigo, além das questões políticas, o ideário europeu da loucura.

Em virtude das várias mudanças sociais e econômicas ocorridas e para que se pudesse ordenar o crescimento das cidades e das populações, fez-se necessário o uso de medidas de controle, entre essas, a criação de um espaço que recolhesse das ruas aqueles que ameaçavam a paz e a ordem social. (SILVEIRA; BRAGA,2005, p.594).

Após pressão social, em 5 de dezembro de 1852, foi inaugurado o Centro Psiquiátrico Dom Pedro II, em homenagem ao então imperador do Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, através do Decreto nº 82 em 18 de julho de 1841.

[...] os loucos passam a ser considerados doentes mentais, mercedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento. Antes,

eram encontrados em todas as partes: ora nas ruas, entregues à sorte, ora nas prisões e casas de correção, ora em asilos de mendigos, ora ainda nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Em enfermarias e hospitais era muito raro encontrar um ‘louco’ submetido a tratamento. (AMARANTE, 1994, p. 74).

A edificação foi construída afastada do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro.

Em 1890, após a Proclamação da República, o Centro Psiquiátrico D. Pedro II passou a chamar “Hospício Nacional de Alienados”, ficando sob administração do governo federal. No ano de 1911, foi inaugurada para o abrigo de mulheres a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro. No ano de 1940, o então Hospício Nacional é desativado e os pacientes são transferidos para a Colônia no Engenho de Dentro que passa a ser o Centro Psiquiátrico Nacional.

No ano de 1903, é inaugurado o Hospital Colônia de Barbacena, localizado na cidade de Barbacena, MG. E, nesse mesmo ano, foi promulgada a primeira Lei Federal de Assistência ao Alienado, que visava garantir a assistência e proteção aos considerados “alienados⁷”.

Para Amarante (1994):

[...] a primeira reforma psiquiátrica no Brasil, que tem como escopo a implantação do modelo de colônias na assistência aos doentes mentais. Esse modelo asilar de colônias inspira-se em experiências europeias (...). A ideia fundamental desse modelo de colônias é a de fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho. O trabalho é, pois, um valor decisivo na formação social burguesa e, como consequência, passa a fornecer uma função nuclear na terapêutica asilar. (p. 76).

Durante as décadas que se seguiram, foram se expandindo pelo território brasileiro os hospícios, o que tornava o asilamento mais frequente. No entanto, os debates sobre tratamentos e as possibilidades de cuidado também se ampliavam.

[...] no Brasil, a partir de meados do século XIX e durante o século XX, à medida que arte, clínica e loucura começaram a dialogar. Esse território possui amplas conexões com o surgimento da terapia ocupacional brasileira e tem em primeiro plano a psiquiatria, as instituições asilares e o uso da ocupação nessas instituições. (LIMA; PELBART, 2007, p.710)

Segundo Reis (2014):

No Brasil, a história da arteterapia nasce na primeira metade do século passado entrelaçada com a psiquiatria e influenciada tanto pela vertente psicanalítica quanto pela junguiana. Estas encontram-se representadas respectivamente nas figuras de Osório Cezar (1895-1979) e Nise da Silveira (1905-1999), psiquiatras precursores no trabalho com arte junto a pacientes em instituições de saúde mental. Ambos contribuíram para o desenvolvimento de uma outra abordagem frente à loucura, contrapondo aos métodos agressivos de contenção vigentes na época (eletrochoque, isolamento) à possibilidade de expressão da loucura e de sua eventual cura através da arte. (p.145)

⁷ Para Foucault (1972), o louco não é mais o insensato no espaço dividido do desatino clássico, ele é o alienado na forma moderna da doença.

No ano de 1924, o médico psiquiatra paraibano Osório Cezar publicou o artigo “A arte primitiva dos alienados”, tornando-se pioneiro no debate de cuidado em saúde mental e a arte como ferramenta de cuidado. Atuava como psiquiatra no Hospital de Juquery⁸, na cidade de São Paulo, e tomava como objeto de estudo a arte produzida pelos pacientes internados.

A arte nos alienados, de um certo tempo para cá, tem sido objeto de muitos trabalhos interessantes por parte dos psiquiatras. A necessidade que certos doentes do espírito têm de realizar os seus sentimentos estéticos representados, ora em escultura, ora em desenhos e pinturas, ora em versos, é constantemente observada nos manicômios. E não se julgue que essas atitudes de arte entre os alienados sejam somente reproduções mecânicas, estereotipadas, trabalhadas sem interesse, sem amor. Puro engano; grande parte desses artistas possui uma verdadeira idolatria por tudo o que fazem. (CEZAR, 2007 p. 118)

Cezar foi um dos primeiros estudiosos a aprofundar a análise da arte executada pelos ditos “alienados”. Ele observava as manifestações culturais, religiosas e sociais dos seres humanos que de um canto a outro não conseguiam ultrapassar os muros físicos, mas pela imaginação soltavam as amarras sociais impostas.

Nas décadas de 1920-1930, o Hospital de Juquery funcionava nos moldes de um “asilo-colônia”, isto é, aplicava um modelo assistencial no qual o trabalho – inclusive o trabalho manual e artístico – era compreendido como um importante instrumento terapêutico. É importante lembrar que, à época, não havia ainda os recursos farmacológicos que surgiram apenas a partir dos anos 1950 [...] Sabemos hoje, mais do que se sabia à época, quanto os hospícios em geral foram palco de tratamentos equivocados, de aglomerados humanos em condições precárias e de episódios tristemente frequentes de descaso com a população internada. [...] Além da arte, da psicanálise e da psiquiatria, ainda houve lugar para mais um campo de interesse de Cezar, a militância política. A paixão pela arte, o interesse genuíno pela psicanálise [...] e o posicionamento político à esquerda faziam de Osório Cezar um personagem de perfil libertário. (ALGALARRONDO; GUTMAN; ODA, 2007, p. 104-5).

Segundo Cezar (2007):

Entre os artistas de Juquery predominam os incultos, pelo que o número dos loucos poetas e literatos é muito reduzido. Os plásticos e os picturais são, ao contrário, mais numerosos. O caso que passamos a relatar é interessante por se tratar de um indivíduo que nunca aprendeu a modelar, e cuja educação intelectual sempre foi medíocre. As suas produções escultóricas giram todas num idêntico princípio: o feiticismo, e em algumas delas deixam reproduzir o sentimento atávico evocando a alma dos antepassados de sua raça. (p. 119)

A contribuição teórica e prática de Osório Cezar sobre a arte e a loucura serviram de ferramenta e base histórica no que tange o processo de cuidado e saúde mental no país.

Sua colaboração visionária trouxe voz pelas mãos daqueles que não eram considerados “seres de direito”.

⁸ Fundado em 1898 no município de Franco da Rocha no Estado de São Paulo. O Hospício do Juquery era um modelo de asilo e colônia agrícola se deu após Franco da Rocha ter participado do Congresso Internacional de Psiquiatria em Paris, 1889.(Andrade,2018)

Outro nome importante para os estudos da saúde mental brasileira é a médica Psiquiatra alagoana Nise da Silveira, que, nos anos de 1940, desafiou os métodos científicos absolutos da medicina, traçando novas propostas, promovendo debates sobre a substituição de alguns tratamentos por atividades artísticas e reconhecendo também a potência terapêutica da interação dos pacientes com animais.

Silveira atuava no Centro Psiquiátrico D. Pedro II, onde, no ano de 1946, assumiu a Seção de Terapia ocupacional. Nesse local, as oficinas de arte passaram a ser observadas de outra forma por Silveira. Nas oficinas realizadas, os pacientes eram estimulados a participarem das sessões de pintura e modelagem, com a finalidade de distração ou passatempo; e sob sua orientação a arte passou a contribuir com o processo de tratamento dos internos.

Nesse sentido, visamos coordenar intimamente olho e mão, sentimento e pensamento, corpo e psique, primeiro passo para a realização do todo específico que deverá vir a ser a personalidade de cada indivíduo sadio. Na busca de conseguir esta coordenação, fazemos apelo às atividades que envolvam a função criadora existente, mais ou menos adormecida, dentro de todo indivíduo. (SILVEIRA, 1986, p.11)

Silveira, fomentou uma nova lógica de cuidado terapêutico naquele período, indicando a arte como um método de tratamento e salientando a importância da preservação criativa dos chamados por ela de “clientes”. Utilizava a arte para a construção de afeto, vínculo e identidade que se expressava através de painéis, poesias e músicas.

Nesse sentido, falar da doutora Nise é lembrar a potência de sua obra. É registrar a força dessa mulher tímida, inteligente e obstinada(...) não bastasse ser mulher e nordestina, médica e psiquiatra, foi também uma antipsiquiatria precoce, com idéias socialistas em pleno Estado Novo. E foi dessa configuração muito singular que certamente resultou a obra que a tornou conhecida no Brasil e no exterior: o Museu de Imagens do Inconsciente (...) Costuma-se dizer que o Museu de Imagens do Inconsciente se constituiu desde o princípio como um núcleo de pesquisa da esquizofrenia – núcleo liderado por sua criadora que, em última análise, utilizou a expressão plástica como um meio de acesso à interioridade dos esquizofrênicos e levou ao conhecimento do grande público as obras de seus pacientes. (FRAYZE-PEREIRA, 2003, p.198)

Silveira provocou naquele período uma mudança nos olhares do meio acadêmico da medicina psiquiátrica brasileira, sendo precursora de críticas aos métodos e ferramentas utilizados nos equipamentos de saúde, nos manicômios, pois promoveu debates sobre a autonomia do indivíduo e sobre a necessidade da ampliação do diálogo entre a loucura e a arte.

As imagens do inconsciente, objetivadas na pintura, tornavam-se passíveis de uma certa forma e trato, mesmo sem que houvesse nítida tomada de consciência de suas significações profundas. Lidando com elas, plasmando-as com suas próprias mãos, o doente as via agora menos fortes e desintegrantes cargas energéticas (SILVEIRA, s/d, p.32).

O abstrato torna-se voz, a loucura e a arte se entrelaçam, e as manifestações que dela transbordam. O interno, o oculto, os traços de quem não foi escutado durante décadas começam a tomar as paredes e muros dos hospitais psiquiátricos e das colônias.

Para Nise da Silveira (1981):

Se as imagens tomam a alma da pessoa, entende-se a necessidade de destacá-las tanto quanto possível do roldão invasor. Pintar seria agir. Seria um método de ação adequado para a defesa contra a inundação pelos conteúdos inconscientes. (SILVEIRA, 1981, p. 13).

É importante destacar que, quando revisitamos esse período no início do século XX, em que a arte vinha se aprofundando como forma alternativa de cuidado, verificamos que esse é também o período em que avançam outras formas de tratamento que anos depois foram consideradas evasivas e cruéis.

A lobotomia e leucotomia foram utilizadas em pacientes de instituições asilares brasileiras, entre 1936 e 1956. Também chamadas de psicocirurgias, eram intervenções que consistiam em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, visando modificar comportamentos ou curar doenças mentais. (...) chegou ao Brasil por intermédio de Aloysio Mattos Pimenta, neurocirurgião do Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, logo seguido por outros médicos. Esta medida foi aplicada em mais de mil pacientes internados não só para fins curativos, **mas também para aprimorar tecnicamente a cirurgia, uma vez que os experimentos preliminares com animais eram escassos.** (MASIERO, 2003, 549 – **Grifos meu**)

Outra técnica de que os psiquiatras brasileiros se apropriavam era a eletroconvulsoterapia, mais conhecida como eletrochoque. Essa técnica provocava alterações mediadas pela passagem de corrente elétrica; e, em muitos casos, naquele período, não se fazia uso de anestesia.

A eletroconvulsoterapia existe, desde 1938, para tratamento de doenças mentais, mas seu uso, no século passado, foi muito controverso. A tecnologia do eletrochoque se modernizou há um par de décadas, sendo utilizada nos dias atuais com fins terapêuticos para alguns tipos de transtornos, como a depressão profunda, embora existam correntes contrárias ao seu uso. No Brasil, o método só passou a ter mais controle em 2002, quando o Conselho Federal de Medicina estabeleceu regras específicas para a adoção da técnica, como a necessidade de aplicar anestesia geral. (ARBEX, 2013, p.36)

Com a busca pela cura da loucura, a utilização desses recursos evasivos tornava-se cada vez mais rotineira nos hospitais psiquiátricos.

No decorrer do século XX, os questionamentos sobre o processo de institucionalização e cuidados aos indivíduos em hospitais psiquiátricos se ampliavam. E Silveira novamente mostrava-se militante e, com outros médicos e psiquiatras, pressionou

para que as discussões sobre a arte como metodologia de cuidado alternativo ocorressem de maneira ampliada no centro da medicina psiquiátrica, especialmente diante das barbaridades que vinham sendo executadas pela medicina que se alicerçava nos aparatos clínicos no período.

Segundo Arbex (2013)

Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade. (p.14)

As histórias de Silveira e Cezar se entrelaçaram pelo diálogo da loucura, racionalidade, adoecimento, tratamento e possibilidades.

Esses atores conseguiram romper uma lógica estática e tradicional de cuidado que vinha se fortalecendo durante séculos, desenvolvendo possibilidades tangíveis de tratamento através do olhar humanizado, aos sujeitos que não eram vistos pela sociedade; ao contrário, eram colocados à distância sob o pretexto terapêutico. Silveira, por ser mulher e nordestina, em um período histórico arraigado de machismo absoluto, ocupando uma profissão predominantemente masculina e com ideias que transpassava o processo já estático da medicina psiquiátrica, ultrapassou todas essas questões e promovia exposições das artes feitas pelos seus “clientes”. Mais tarde, criou um museu⁹ para que aquelas pinturas e estátuas moldadas permanecessem para livre visitação da população.

No Brasil, Nise da Silveira relata os múltiplos obstáculos que, desde o início, em 1946 sua obra encontrou para se perfazer, sendo o Museu de Imagens do Inconsciente seriamente hostilizado e ameaçado de extinção, em 1975. (FRAYZE-PEREIRA,2003, p.206)

Quando pensarmos na Reforma Psiquiátrica que viria a ser concretizada anos à frente, não podemos deixar de destacar a importância desses atores nesse período, pois foram através dos debates sobre a arte como ferramenta emancipadora e as reflexões sobre a loucura na sociedade contemporânea que foi possível construir mecanismo potentes no processo de produção de saúde e autonomia.

A arte que não se separa da vida nos prepara para um combate de forças muito parecidas, se não idênticas, às apresentadas pelos gregos. Diante deste embate, apresentam-se duas possibilidades: identificarmos e iluminarmos essas forças, sugando delas seus significados; e entrar em relação com essas forças, delas nada tirando, mas nos apresentando para um duelo de possíveis. (MARTINS, 2009, p. 82)

⁹ Museu inaugurado em 20 de maio de 1952 no, até então, Centro Psiquiátrico Nacional no Rio de Janeiro, pela psiquiatra Nise da Silveira. (FRAYZE, 2003)

Ainda sobre o início do século XX, é importante fundamentar a contribuição da arte como processo terapêutico refletindo as formas de manifestação e vivências dentro desse processo. É necessário destacar o artista Arthur Bispo do Rosário, nascido no ano de 1909, na cidade Japarutuba no estado de Sergipe, anos depois mudou-se para a cidade do Rio de Janeiro onde trabalhou na Marinha Brasileira, foi pugilista, lavador de ônibus e até guarda costas.

Após um surto psicótico em 22 de dezembro de 1938, em que acreditou ter visto Cristo, descendo à terra, rodeado por uma côrte de anjos azuis, e afirmar ter recebido a missão de recriar o universo para apresentar a Deus no dia do Juízo Final, Bispo se abriga em um monastério que o encaminha ao Hospital dos Alienados na Praia Vermelha no Rio de Janeiro. Sem recuperar-se e, diagnosticado esquizofrênico paranóide, foi internado na Colônia Juliano Moreira onde permaneceu até sua morte em 1989. (CLAUS, 2006, p.1)

Arthur Bispo produziu um verdadeiro acervo artístico durante os 50 anos de internação no Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro.

[...]Arthur Bispo do Rosário é considerado como um dos grandes artistas brasileiros e construiu toda sua obra durante o período em que esteve internado na Colônia Juliano Moreira no Rio de Janeiro. Sua obra se deu no diálogo que estabelece entre a arte e a loucura [...] No entanto, sua obra é objeto de estudo e pesquisa, e foram descobertas no início dos anos 80 quando pularam o muro que as separava da sociedade e ganharam grande destaque nas artes plásticas do país e repercussão internacional. Uma das razões da descoberta do conjunto da obra de Bispo é a luta pela reorganização do mundo e a re-significação de sua existência nela contida, além da singularidade dos materiais empregados e dos elementos repetitivos. Uma arte movida pela incessante busca da retomada da razão que contém em si uma poética surpreendente. (CLAUS, 2006, p.1)

A história de vida de Arthur Bispo do Rosário se dá em meio ao caos do transtorno psíquico, da arte, da exclusão. E, a partir de tudo isso, ele recriou um mundo através da sua verdade e entregou, através de suas mãos, aquilo que o fez dar sentido a sua própria trajetória de vida e de sobrevivência. Ele transformou a arte na sua vida e seu olhar em arte, obtendo reconhecimento no mundo da arte. Através de suas produções conseguiu suspender seu consciente e materializar suas expressões da vida. Vida e arte se fundiram em um diálogo entre a loucura, o aprisionamento e a liberdade. (LIMA; JOHANN, 2015)

Com o avanço das décadas, o modelo de cuidado existente vai sendo refutado e em meados da década de 1970 na Europa, os movimentos pró-reforma psiquiátrica liderados pelos reformistas da Itália, sendo o psiquiatra Franco Basaglia a principal figura, intensificam suas críticas à psiquiatria tradicional e à institucionalização dos indivíduos.

Para Basaglia (1982), a terapia mais importante no combate da loucura é a liberdade, sendo ela terapêutica, pois é nesse local que o indivíduo pode exercer sua autonomia.

[...] a rua é condição necessária à arte e à loucura. Nas experiências antimanicomiais, a rua é companheira e não somente lugar a ser alcançado. Do mesmo modo que a própria loucura passou por um processo de limpeza que a transformou num espaço de passagem. A cidade, a arte e a loucura, em parceria, apelam por outra sensibilidade, mais plural e menos normativa. (MARTINS, 2009, p. 87)

Segundo Amarante e Torre (2017):

A cultura pode então ser instrumento na transformação do lugar social da loucura. A cultura produzida pelos sujeitos que viveram ou vivem a experiência do sofrimento, da medicalização, da discriminação e do estigma, produzindo novos significados, novos sentidos, um novo imaginário social. (p.768)

No Brasil, a reforma psiquiátrica italiana fortalece as ações que já vinham se fundamentando. Os movimentos de saúde pública e mental estreitam essas lutas, e os debates sobre a arte como forma de cuidado passam a se configurar como uma importante ferramenta de luta e resistência com vistas à consolidação da reforma psiquiátrica no país.

2.3 A arte como ferramenta na construção de autonomia e o protagonismo social

No Brasil, esse movimento pró-reforma psiquiátrica chega forte e avança fortalecendo o movimento antimanicomial que já existia no país.

Um dos momentos cruciais do processo de reforma psiquiátrica no Brasil foi a promulgação da Lei 10.216/01, que “dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004).

A mudança do modelo de atenção em saúde mental, com seus componentes de combate ao estigma, elaboração de novas referências conceituais para a questão da ‘loucura’, do sofrimento mental e seu tratamento, sustentação da ideia do protagonismo e cidadania de usuários e familiares, em síntese, de “construção de um novo lugar social para o chamado ‘louco’”, certamente que é uma política que fala diretamente à cultura e depende de mudanças no ambiente cultural. Assim, no sentido amplo, o componente cultural não é secundário, mas essencial ao êxito do processo da Reforma (BRASIL, 2007, p.50).

Para Amarante e Torre (2017)

Daí a importância de compreender como as inovações da Reforma Psiquiátrica brasileira podem produzir formas de enfrentamento do paradigma psiquiátrico e de concepções excludentes e permitir que os processos de desinstitucionalização transcendam a desmontagem da instituição psiquiátrica, alcançando a potência de desnaturalização da cultura manicomial – como ensinou Basaglia, “não basta abater a espessura dos muros do manicômio”, trata-se de lutar por cidadania e inclusão, na defesa da diversidade cultural e do direito à saúde e à vida. (p.771)

É importante frisar que as políticas advindas da Reforma Psiquiátrica brasileira proporcionaram ao considerado “alienado”, até séculos passados, a retomar o desenvolvimento de sua autonomia e protagonismo social, sendo a arte uma das expressões desse processo.

Nesse processo, deu-se a implantação de políticas de atenção à saúde mental, com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps) no ano de 1986, na cidade de São Paulo. No dispositivo Caps, o tratamento passa a ser norteado não mais pelo conceito de cura, mas de reabilitação psicossocial na qual o indivíduo, antes excluído e alienado de suas possibilidades, pode-se tornar sujeito de sua própria história a partir da reinserção nos diversos segmentos sociais. (AMORIM; SEVERO, 2019, p.283).

Para Amarante (1999), o processo de implementação das políticas públicas de saúde mental, bem como a transformação da assistência psiquiátrica convencional para o modelo das redes de atenção psicossocial foram norteados através das dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e a sociocultural.

No campo da cultura e da arte, por exemplo, encontram-se potentes aliados nos processos de reinserção social, uma vez que na arte o ser humano se reconhece e expressa seu poder criativo e pode, por intermédio dela, ter reconhecimento social.[...] A arte e a cultura compõem-se como dimensão estratégica, uma vez que diz respeito ao envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, além da viabilização de outras atividades e iniciativas culturais e artísticas das pessoas em sofrimento psíquico. (AMORIM; SEVERO, 2019, 2019, p.284-5).

Com o avanço das ações pró-reforma psiquiátrica é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (Raps), composta por dispositivos variados dos serviços de saúde que são capazes de atender aos diferentes encaminhamentos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo articular-se com outros serviços dos setores da cultura, esporte, lazer, assistência social, habitação e entre outros a fim de contribuir para no processo de reinserção social (Brasil, 2013).

[...] na atividade artística, o sujeito encontra uma possibilidade concreta de expressar não só aquilo que ele é mas também o que ainda pode vir a ser, construindo na arte outros modos de objetivação e subjetivação e, a partir daí, reconstruindo-se na vida, a partir de um novo olhar sobre si mesmo e sobre o mundo. Isso ocorre porque a vivência da arte traz sempre uma abertura do eu ao outro. (REIS, 2014, p.156)

Para Martins (2009), a arte transcende as identidades normatizadas socialmente, pois a vida se torna obra e ocupa a cidade.

Tanto nas experiências de trabalho e economia solidária quanto nas experiências de arte e cultura na Saúde Mental, os sujeitos tendem a se expressar e se identificar não mais a partir do lugar da doença, mas do lugar de sujeitos de direitos, com experiências válidas e capacidades reconhecidas socialmente. Deixam de se reconhecer a partir de um diagnóstico psiquiátrico para relacionar-se socialmente e apresentar-se como artista ou produtor cultural, como trabalhador de um projeto coletivo ou, ainda, como militante de movimentos sociais. (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 766)

A ocupação dos espaços sociais possibilita aos indivíduos com transtorno mental novas possibilidades de vida e cidadania. Ao mesmo tempo, é necessária e imprescindível a promoção da equidade e a inclusão desses cidadãos na sociedade, sendo fundamental que haja uma transformação social e cultural e não apenas do indivíduo, o que pode objetivar sua autonomia e as expressões do seu eu, seja através das artes, da política, da educação entre outras.

As experiências de arte-cultura estariam produzindo rupturas em relação a pontos fundamentais do paradigma psiquiátrico, ampliando os espaços de cidadania e circulação social dos sujeitos em sofrimento mental ou situação de vulnerabilidade psicossocial. Tais rupturas dizem respeito ao deslocamento da ideia de doença mental como incapacidade e inferioridade; à crítica do discurso científico e técnico como lugar da verdade; à crítica da ideia de cultura como restrita à arte institucionalizada; e à crítica da noção de arte e cultura como terapêutica. Essas rupturas se relacionam ainda com uma redefinição de conceitos, com a ampliação e transformação do conceito de cultura e da noção de reforma psiquiátrica. (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 764)

A Reforma Psiquiátrica possibilitou caminhos fundamentais de cuidado com a pessoa acometida pelo transtorno mental. Seu processo instrumentalizou a integração, a comunidade, a potencialização de autonomia, de liberdade de expressão, de criatividade e de desenvolvimento emocional e social. A arte é também um recorte importante no processo de socialização e expressão interna que podem ser alicerçadas em oficinas inseridas no quadro de atividades dos serviços substitutivos de saúde mental.

A arte é catalisadora de possibilidades; e é nesse espaço que há uma imersão do inconsciente que produz no indivíduo sua linguagem própria, proporcionando uma reinvenção do cotidiano e sua aproximação com o mundo.

CAPÍTULO 3

O BATUCAPS – A MANIFESTAÇÃO CONCRETA DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL EM LIBERDADE

Este capítulo tem por objetivo apresentar o grupo de maracatu BATUCAPS montado a partir de uma oficina inserida no serviço de saúde do Centro de Atenção Psicossocial III adulto, localizado na cidade de Mauá/ SP. Para que pudéssemos ter maior compreensão sobre esse projeto, solicitamos que alguns membros, através de narrativas, pudessem expressar suas análises sobre o BATUCAPS. Além das narrativas, foram utilizados como fonte de pesquisa os vídeos propagados nas redes sociais, fotos e memórias no que se refere às apresentações e articulações internas do grupo. Abaixo seguem os sujeitos que se disponibilizaram a falar sobre o BATUCAPS com seus nomes fictícios.

Todos aqueles que se dispuseram a contar sua experiência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Sujeito 1 – Lopes: sexo masculino, aproximadamente 50 anos de idade, usuário do serviço de saúde.

Sujeito 2 – Santos: sexo masculino, aproximadamente 35 anos de idade, enfermeiro, trabalhou nesse serviço de saúde a mais de 06 anos.

Sujeito 3 – Ramalho: sexo feminino, aproximadamente 50 anos de idade, assistente social, trabalhador da saúde a mais de 11 anos.

Sujeito 4 – Fernandes: sexo masculino, aproximadamente 50 anos de idade, oficineiro, trabalhou no serviço de saúde por 03 anos.

Sujeito 5 – Alameda: sexo masculino, aproximadamente 35 anos de idade, oficineiro, trabalhou no serviço de saúde por 03 anos.

3. 1 História de Construção do Grupo de Maracatu – BATUCAPS

Um pouco antes das comemorações do dia 18 de maio de 2014, data importante para o Movimento da Luta Antimanicomial, nasceu, no Centro de Atenção Psicossocial III Adulto, na cidade de Mauá, uma oficina terapêutica de Maracatu que ainda não tinha nome, mas que vinha sendo gerada pelos trabalhadores e usuários daquele serviço. Essa oficina se inseria nas ações pró-reforma psiquiátrica.

Sobre as oficinas:

As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido nos CAPS. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. (BRASIL, 2004, p.20)

Onocko-Campos (2019) sustenta que as oficinas terapêuticas são ferramentas importantes para articulação e consolidação da Reforma Psiquiátrica, pois possibilita reinserção social

Neste sentido, o caminho pode ser potencializado se as redes de serviços, as intervenções socioculturais e terapêuticas forem harmônicas com a cultura local/regional dos diversos territórios do país. Incluir no cotidiano das ações de saúde mental a alimentação, o lazer, a linguagem, as festas populares, o vestuário, as canções, as danças e a arte em geral dos lugares onde são desenvolvidas, propicia maior sustentabilidade à reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2007, p.61)

A oficina recém-criada era também uma manifestação artística. Por meio da batucada, do ritmo, da harmonia desenvolvida nas oficinas, surgia a manifestação artística nos usuários e profissionais envolvidos. Sobre essa oficina, Pessoa (2016), considera que a arte pode contribuir para o desenvolvimento criativo e para a autonomia do sujeito, corroborando no processo de emancipação.

Sobre o início do grupo, Santos, descreve como se deu a escolha do nome BATUCAPS:

[...] em meados do mês de maio de 2014, iniciou-se, então, o BATUCAPS, não como este nome. Ele viria a ser discutido com os próprios usuários do serviço, assim definido que o grupo seria reconhecido como BATUCAPS. Os usuários de início gostaram e se adaptaram com a oficina. A demanda deles por participarem do grupo foi-se expandindo a ponto dos nossos instrumentos que eram fruto de empréstimo do oficinairo serem insuficientes. (Santos)

Em consonância com o aparato de resoluções e regulamentações da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que propôs a constituição de redes intersetoriais destinadas à atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico em liberdade, foi o que o Município de Mauá, em 2013 inicia seu trabalho, criando e fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial do Município, que embora sempre estivesse permeada por dificuldades para concretização de políticas públicas não media esforços em fortalecer equipes e ações de cuidado (Ramalho)

Outro aspecto importante da criação dessa oficina no CAPS de Mauá está no enfoque afro-brasileiro. Além da confecção dos figurinos que usavam nas apresentações, além da diversidade de instrumentos oferecidos, a presença da cultura africana gerou

outra oportunidade de identidade, aproximando ainda mais aqueles usuários da proposta da oficina.

Segundo Fernandes:

[...] Propus juntamente com os usuários e trabalhadores essa novidade de produzirmos e criarmos ritmos a partir das minhas experiências com a Cultura Popular, especificamente o Maracatu. [...] a fonte de pesquisa sendo a cultura musical afro-brasileiro, com referência como maracatu, congada e samba, compondo o repertório das apresentações compostas por usuários e trabalhadores do CAPS III, com ensaios, construção dos figurinos, leituras de textos e poemas. Propondo que o grupo participaria de ensaios e apresentações de outros grupos de cultura popular também da região.

As atividades da oficina ocorriam nas dependências do serviço de saúde. Ainda sobre o processo de construção da oficina, Fernandes completa:

[...] . Senti essa necessidade de agregar a música por meio da percussão já intuindo que os usuários teriam uma aproximação direta e aderência por se tratar música, arte e apresentações. Levei uns instrumentos da percussão do maracatu para o pátio do Caps e logo ali começamos a fazer um "barulho", e que, sem muitas surpresas, os usuários adoraram, assim queriam mais, mais ritmo e mais instrumentos, pois aquela quantidade não era suficiente para todos. (Fernandes)

No dia 18 de maio de 2014, o grupo de maracatu fez sua primeira apresentação, precisamente no Vão livre do MASP, na Avenida Paulista, na cidade de São Paulo. Nessa data se comemora o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, data histórica para relembrar as lutas conquistadas e os retrocessos que devem ser combatidos cotidianamente. Nesse dia, a principal avenida de São Paulo, o maior centro econômico da América Latina estava tomada de vozes e alfaías, som que ressoava da dor, da alegria e luta. Assistindo àquele espetáculo, ali estavam os “loucos” ou “loucas”, os indivíduos com transtorno mental, pessoas que exigiam naquela manifestação o direito a um tratamento digno e em liberdade. Depois de discutirmos, ficou definido que o grupo seria reconhecido como BATUCAPS. (Santos)

O BATUCAPS trouxe uma experiência nova tanto para usuários quanto para os trabalhadores. Tocar tambor, se apresentar para o público, percussão com alta sonoridade e outros aspectos impactaram cada um que se envolveu. Lembro de uma vez uma usuária mencionar que não parava de sonhar com a percussão, e que um dia ela percebeu, ao acordar, que estava tocando no travesseiro. Incrível relato! (Fernandes)

Para Ramalho, o grupo iniciava passo a passo a construção de seu projeto:, a autenticidade. Motivado pelos trabalhadores, o BATUCAPS fomentava descobertas e caminhos que possibilitaram que os usuários se reconhecessem naquele espaço, no qual podiam manifestar seus sentimentos através da música.

Importante destacar que o que impulsiona a Equipe para a criação do BATUCAPS não é simplesmente o “jargão” da reinserção social de usuários da saúde mental na sociedade ou simplesmente que se refere à forma lúdica de trabalhar com os usuários da saúde mental. O que de fato mobiliza a Equipe é a Luta Antimanicomial e o Cuidado em Liberdade, potencializando a circulação da loucura pela Cidade e pela Vida. (Ramalho)

A arte é facilitadora da expressão criativa do indivíduo. Nesse caso, ela coletiviza sentimentos que se deixam mostrar na produção artística no processo de socialização dos saberes e práticas. (OLIVEIRA, 2014). De acordo com Wazlawick (2004), a música desperta o afeto, ressignifica o mundo e externaliza sua subjetividade.

O projeto BATUCAPS é uma proposta de musicalidade que vai pra além do cuidado em saúde mental, mas promove autocuidado e interação, autoconhecimento e referência histórica. (Alameda)

A experiência da arte e da música como processo de expressão do humano, compreendendo o ato de tocar o instrumento como a extensão do corpo e identificação de emoções, a ponte e a passagem do mundo exterior para o interior (ou vice-versa), como processo psíquico de registro, recuperação de emoções e relações, por meio da evocação de suas próprias histórias. Nesse sentido, a cultura, música e arte evocam o próprio EU, que tem suas características próprias, mas que são remetidas ao coletivo. (Ramalho)

No ano de 2014, o BATUCAPS fundamenta sua organização enquanto projeto, consolidando-se como oficina terapêutica potente, entrando na agenda de atividades do serviço e se projetando internamente e sendo reconhecido para fora das portas daquela unidade.

Além da oficina fixa de percussão, o BATUCAPS sempre ofereceu oficinas temáticas de acordo com as datas comemorativas. No Carnaval, por exemplo, houve oficinas para confecção de máscaras, aulas de dança e coral de músicas carnavalescas, por exemplo. (Ramalho)

Em meados de 2015, o grupo de maracatu começa a ser reconhecido, e inúmeros convites de apresentação começam a ser recebidos.

As apresentações começaram a alcançar outras cidades. Por diversas vezes, a partir de uma organização interna, conseguíamos pensar estratégias para não deixar de cumprir um convite, íamos de transporte público e/ou transporte particular, mas dificilmente deixávamos de ir. (Santos)

Para Oliveira (2014), a música é a expressão da linguagem, é o meio pelo qual podemos reviver nossas emoções e experiências, podemos interagir com o mundo.

Há também os ganhos pontuais que a própria música de percussão propicia, como cadência, coordenação motora fina, compreensão ambiental, enfim... Mas, no caso do BATUCAPS, esses ganhos são potencializados pela experiência da troca, pela naturalidade do fazer, pela não exigência musical, pela entrega e pela autonomia em gerir seu próprio conhecimento e emprestar sua experiência pra o fazer coletivo. (Alameda)

Aquilo que pôde ser observado no BATUCAPS corrobora com a observação feita por Indira Pessoa: de que a música pode ser utilizada como ferramenta estratégica no cuidado em saúde mental, colaborando no desenvolvimento social e integrativo. (PESSOA,2016)

No processo de socialização e expressão, a arte é um potente instrumento, pois, além de terapêutica, ela é também um espaço de resistência e de troca de experiências. Ela num

momento de captação criativa e espontânea, contribui para promoção emancipatória do indivíduo.

[...]o grupo por si só era acolhedor e os usuários mais veteranos e com uma habilidade adquirida, conseguia de alguma forma passar o seu conhecimento aos novos membros ou aqueles que tinham mais dificuldades em entender o processo [...] (Santos)

3.2 Dos bastidores: os desafios para a gestão e permanência de atividade do Grupo

O BATUCAPS foi constituído por trabalhadores do serviço e por usuários; e sua formação foi construída de maneira consultiva e participativa. Em sua concretude encontrou alguns desafios para sua sustentação e manutenção.

Assim pedi junto a coordenação do Caps que precisávamos de mais instrumentos [...] vivíamos em um cenário de Políticas Públicas, e era um prato cheio podermos apresentar nossa criação percussiva, da nossa parte um sucesso, por outra a desconfiança do Poder Público em apostar nessa oficina-produto Cultural. Mas a simpatia e o sucesso do BATUCAPS foi ganhando o olhar e os ouvidos daqueles que assistiam. (Fernandes)

[...] grupo foi-se expandindo a ponto dos nossos instrumentos que eram fruto de empréstimo do oficineiro ser insuficiente, pensamos então em ampliar o número de instrumentos, porém fomos barrados pela empresa que gerenciava o serviço assim como a prefeitura, percebemos que não conseguiríamos recursos para a compra dos mesmos, entretanto não queríamos deixar um futuro projeto ser limitado por influência maior, em momentos de discussão em equipe técnica envolvendo os usuários, achamos uma alternativa, nós mesmos comprar os próprios instrumentos, partimos do princípio, o projeto BATUCAPS é nosso e os instrumentos precisam ser nosso, passamos por essa barreira e conseguimos enfim solidificar o grupo com cada vez mais membros envolvidos. (Santos)

Dentre as limitações do trabalho desenvolvido, estavam a manutenção e a expansão do grupo, pois, apesar da vontade dos que estavam inseridos na oficina em permanecer, não foram viabilizadas condições financeiras pelo poder público para aquisição de materiais e instrumentos.

Desde o início da proposta do BATUCAPS, muitos foram os desafios colocados no miúdo do cotidiano para concretização das Oficinas, encontros e apresentações. Durante o período de 2014 a 2017, conseguimos fortalecer o trabalho, mesmo diante de tais dificuldades. Entretanto, o cenário político do país, com retrocessos importantes nas diretrizes nacionais da Política de Saúde Mental, marcados pelo “desgoverno” do atual governo federal, bem como, a própria gestão da municipalidade / Prefeitura de Mauá, causam desarticulação de ações e também retrocessos e a “paralisia” se instalada, assim qualquer movimento de fortalecimento e propostas para a Saúde Mental são criadas, gerando dificuldades extremas para a manutenção do cuidado centrado no usuário e no cuidado em liberdade, assim interferindo no cotidiano do próprio BATUCAPS. (Ramalho)

Um recorte importante é o fim da década de 1980 e o início de 1990, quando, no Brasil, avançávamos nos debates da redemocratização e da consolidação da Constituição Federal promulgada em 1988, e, no mundo, o neoliberalismo avançava. No entanto, sua

sistemática não demorou para alcançar as políticas públicas brasileiras. Ações como privatizações de empresas estatais e federais se fortaleceram nas décadas que seguiram, e as políticas públicas sentiram seu rebatimento.

A correlação de forças sociais e políticas revelaram nesse período a sua contradição e desse modo é que avança o cenário enfrentado pelo projeto.

[...] a hipótese de que a atual crise das políticas sociais e de saúde mental no Brasil e no mundo tem raízes muito mais profundas do que imaginamos, em um projeto histórico operado a meu ver por um novo ciclo qualitativamente diferenciado das políticas neoliberais a nível mundial[...] Em um nível mais aprofundado, boa parte de nossas análises e ações são marcadas pela denúncia de retrocessos nos direitos políticos e sociais, e de como eles retomam as raízes da política e da cultura da ditadura civil-militar, ou ainda determinantes mais antigos, de nosso passado colonial, escravista, patriarcal e homofóbico, dimensões que não foram devidamente elaboradas e superadas no período da pós-redemocratização [...] Em suma, o atual flash back de retomada dos componentes políticos, sociais e culturais mais sombrios da história brasileira não é aleatório, é interpelado por forças econômicas, políticas e sociais mais amplas e poderosas a nível mundial. (VASCONCELOS, 2020, p.9)

Apesar de estar inserido nessa política de saúde, o BATUCAPS permaneceu resistente e os membros articularam possibilidades de arranjo financeiro para conseguirem os instrumentos, escolhendo a economia solidária como possibilidade.

Já que estávamos sendo convidados para tantos eventos já realizados, podíamos cobrar pela apresentação e o melhor jeito de isso ocorrer seria inserir o projeto na economia solidária, pois em conjunto com este grupo de percussão o CAPS desenvolvia outros grupos de economia solidária, foi então que inserimos todos os projetos em único que vinha a se chamar Diart, continuamos com o nome inicial de BATUCAPS, mas inserido no projeto de economia solidária Diart. Criamos uma página no Facebook do grupo BATUCAPS Primavera, a fim de divulgar o trabalho realizado, fomos convidados para apresentar inúmeras vezes, porém algumas vezes fomos obrigados a não aceitar, pois fomos barrados em outro problema, a logística. (Santos)

BATUCAPS, após sua consolidação e fortalecimento, consegue ser um Empreendimento Solidário, de participação efetiva no Conselho Municipal da Economia Solidária. Apresentou-se para além do “18 de maio 2014”, todos os 18 de maio na Avenida Paulista (2015, 2016, 2017 e 2018), Conferências Municipais e Regionais de Saúde, Eventos em Universidades, Eventos de Saúde Mental, dentre outros. (Ramalho)

É importante mencionar que os instrumentos foram comprados, porém pelos próprios trabalhadores e usuários, e que as imposições dos limites em alguns momentos por parte da conjuntura foram superadas, nesse quesito, pelos membros do grupo.

Figura 1 – Os instrumentos comprados



Fonte: <https://www.facebook.com/batucapsprimaveramausp> - 20/05/2016

A Entidade com verba limitada não teve como bancar os instrumentos, então decidimos nós trabalhadores investir na construção desses tambores. (Fernandes)

Ainda sobre os rebatimentos do avanço neoliberal, o grupo de Maracatu sofreu, a partir dos anos que se seguiram, com a precarização do serviço e a saída de vários funcionários do serviço.

Nesse sentido, a problemática é a questão central que gira em torno da própria Política de Saúde Mental, nas dimensões Federal, Estadual e Municipal. Sem diretrizes ou quaisquer ações de fomento fica que quase insustentável a manutenção e proposta do trabalho do BATUCAPS. A problemática é concreta, sem trabalhadores que possam sustentar a proposta de trabalho, sem transporte para apresentações, sem financiamento de novos instrumentos, sem privilegiar o BATUCAPS como proposta de cuidado, enfim... torna-se a própria militância de pessoas que acreditam e lutam pelo Direito à Liberdade dos usuários da saúde mental. (Ramalho)

[...] hoje não faço mais parte diretamente do projeto, por questões de cunho financeiro e pelo medo de a qualquer momento ser mandando embora. Tive que arrumar outro emprego que me desse mais segurança, mas indiretamente divulgo as ações e realizações do projeto, e me encanta falar sobre, o quanto fez parte da minha vida, mas principalmente da vida dos usuários que ali se beneficiaram. (Santos)

Nesse sentido, fica evidente o desinteresse da gestão pública municipal no que se refere à manutenção de profissionais e a contratação substitutiva de funcionários, sobrecarregando os que ali permanecem trabalhando, o que pode resultar em menos tempo disponível do profissional para a oficina.

Além das questões de ordem macro, o grupo também passou a sofrer com a não adesão de funcionários à oficina, mas que, segundo Fernandes, teria sido superado:

Algumas problemáticas eram evidentes. Além da questão do apoio do poder público, tínhamos um outro fator que era a antipatia de alguns trabalhadores e usuários, mas tudo isso foi superado com muita dedicação e acreditar naquilo que fizemos. O resultado é o sucesso, o êxito e a alegria

Figura 2 – Interlocução com a oficina de festa - Carnaval



Fonte: <https://www.facebook.com/batucapsprimaveramausp> - 05/02/2016

3.3 A plateia: o protagonismo como Arte de Resistência

É possível perceber o quão é importante a permanência e a resistência do grupo BATUCAPS, através do vídeo documental, feito no dia 25 de outubro de 2019, postado posteriormente na página de Facebook “Vozes da Saúde Mental”, sobre o evento aberto “Tecendo redes de atenção: Estratégias de cuidados em Saúde mental”, que ocorreu na Faculdade de Mauá, realizado pela Associação Paulista de Saúde Pública, pelo Fórum Popular de saúde mental do ABCDMRR e pela própria faculdade.

A autora deste trabalho estava presente nesse dia. A impressão que teve ao observar cada membro foi que naquele espaço não havia divisão de usuário e técnico, sendo que o usuário se mostrou desenvolto e apropriado ao falar da sua experiência com o BATUCAPS. A apresentação do projeto foi vista por estudantes, conselheiros de saúde, profissionais de diversas áreas e pela comunidade.

Esse evento promoveu o grupo, porém a fala de Lopes chamou muita atenção, sendo ele usuário do serviço saúde e membro desse grupo desde sua criação:

Desde a época da criação, é muita coisa, pra mim inspira liberdade, também a gente passeia bastante, (se) autocontrolando na frente das pessoas. Quando me apresentava, só por Deus; me tremia todo, batia o queixo e não saía disso. O BATUCAPS foi gerando menos dificuldade de se apresentar, de conversar com as pessoas; foi muito bom mesmo, o BATUCAPS, nossa vida, entre outras oficinas também, criação de mosaico, outras coisas mais.

Figura 3 – Apresentação do projeto do BATUCAPS, na Faculdade de Mauá no Evento do Pré congresso de Saúde Pública no dia 25/10/2019



Fonte: Mario A. Moro - <https://www.facebook.com/JornalVozesDaSaudeMental> (2019)

O relato apresentado por Lopes é uma das demonstrações evidentes da importância da música e do grupo BATUCAPS na trajetória dos sujeitos do grupo.

Nesse sentido, a participação dos usuários é de extrema importância e sempre foram criadas estratégias que visem o protagonismo, autonomia e a liberdade como base de todo trabalho da Equipe. (Ramalho)

Com o passar dos ensaios a autonomia era imprescindível, como tocar o instrumento sozinhos, iniciar um baque percussivo e poder reger a banda inteira, isso não tem preço. É emocionante vê-los assim nessa dedicação. Assim, laços e vínculos são ativados inevitavelmente, entre a cultura popular e os usuários da Saúde Mental. Com isso a memória fica, enraíza, se finda, se forma, se constitui numa história de dedicação e criatividade. Assim é a voz e a visibilidade do BATUCAPS. A princípio a estranheza, depois o encanto muitas histórias de alegria. (Fernandes)

Para Pessoa (2016), a música pode promover divertimento, fortalecer vínculos familiares, ampliando as possibilidades do desenvolvimento de afeto e desconstrução.

As emoções e os sentimentos, integrantes da atividade humana junto do agir e do pensar, configuram a construção dos significados singulares da música, de acordo com a vivência do sujeito e de sua própria reflexão acerca de si e de suas experiências. A música, despertando a afetividade, influencia a forma como o sujeito significa o mundo que o cerca. É de modo “emocionado” que o sujeito constrói os significados da música em sua vivência, a partir de seus sentidos, exteriorizando sua subjetividade, tornando-a “audível” para ele e para os outros. (WAZLAWICK,2004, p.30)

A configuração da construção de significados e a própria reflexão sobre si mesmo se manifesta na fala do funcionário naquela época:

Os usuários por sua vez, se sentiam pertencentes ao grupo, eu tinha a sensação de que o BATUCAPS estava sim fazendo parte da vida e fazia algum sentido participar e estar atuante, seja nos ensaios, seja nas apresentações, seja na divulgação e seja no contato com o outro (Santos)

Segundo Wazlawick (2004), a música é constitutiva do sujeito, pois permite dialogar com suas subjetividades sendo capaz de desenvolver e materializar o que há de sensível e trazer para a concretude. A música pode ter um caráter singular, mas permite analisar a existência, a trajetória, a vivência do indivíduo e quando transcende ela se coletiviza, alcança inúmeros espaços sociais.

No vídeo publicado na página do Facebook Vozes da Saúde Mental, Lopes, finaliza descrevendo a importância do BATUCAPS em sua vida:

O BATUCAPS mexe mesmo com a alma, tem o poder seguir, de ficar muito alegre, na presença das pessoas e cada dia mais aprender eu quero introduzir também, o Albano, deixou o pistão quero ver se eu consigo introduzir o pistão no BATUCAPS e cada dia mais eu possa estar gerando mais felicidade para mim e para minha alma e para alma das pessoas que estão ouvindo, tudo de bom, maravilhoso (Lopes)

Para Pessoa (2016), a música é um elemento importante no processo de autonomia do sujeito, pois é através de suas manifestações ele pode desenvolver a criatividade, a comunicação, a mobilidade, pois ela atravessa as questões individuais e sociais.

A autonomia e/ou reconstrução da cidadania dos usuários da saúde mental se dá a partir de práticas reabilitadoras que exploram espaços e possibilidades de trocas sociais, no contraponto a lógica de confinamento, o estímulo dessa autonomia (que pode-se considerar relativa na nossa sociedade) e do poder de contratualidade pode-se dizer que são experiências profundas para toda Equipe. O vínculo é concebido como proposta terapêutica a partir do olhar dos sujeitos como intervenção para possibilidades de cuidado de pessoas, respeitando suas histórias, desejos que foram cerceados muitas vezes[...]Pode-se afirmar que tal dispositivo de cuidado - o BATUCAPS - representa possibilidade sem precedentes de voz e visibilidade e transformação em suas múltiplas relações com a loucura, ampliando limites na possibilidade do cuidado em saúde mental, inaugurando novos espaços de produção de vida que substituem os “tratamentos tradicionais”, defendidos pelos atuais gestores da Política Nacional de Saúde Mental do nosso País. (Ramalho)

Utilizando ritmos brasileiros, como maracatu e coco, podemos notar a cada som das alfaias, uma busca de ancestralidade, uma forma de superar limites e, acima de tudo, uma singularidade sobre a relação do usuário com a música que, cada ensaio ou apresentação, torna-se único e exclusivo aquele momento. (Alameda)

O BATUCAPS, desde o início, propôs um conteúdo artístico que pudesse sensibilizar quem está inserido e os que estão assistindo às apresentações. O que podemos observar é que ele consegue ser popular sem perder a força.

Figura 4 – Logotipo do grupo BATUCAPS



Fonte: <https://www.facebook.com/batucapsprimaveramauasp> - 22/01/2016

O BATUCAPS resgata as nossas raízes sociais da construção histórica do nosso país. Os instrumentos se tornam extensões da tristeza, que se mistura com alegria e escuta. O BATUCAPS resgata as raízes socioculturais, permite que as emoções e sentimentos se manifestem pelo som dos instrumentos e, não menos importante, permite que os membros sejam ouvidos através da música.

Embora a oficina não substitua o tratamento discutido em seu projeto terapêutico singular, ela é uma potente ferramenta no processo adicional de cuidado, pois possibilita a garantia da liberdade de expressão, da materialização dos desejos e a concretude autônoma de escolha.

É necessário destacar também que, apesar das adversidades, o grupo conseguiu se sustentar. Porém, no condicionamento em que as políticas de saúde estão sendo atacadas, é necessário e imprescindível que essa oficina seja valorizada a fim de que ela possa se expandir, ser referência e replicada em outros serviços de saúde substitutivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No processo de construção desse estudo, foram se constituindo algumas conclusões, mas também alguns problemas que não puderam ser enfrentados. Salientamos desse modo, que os dados obtidos poderão ser utilizados para posterior reflexão e com a intenção de dar continuidade à pesquisa.

A primeira dificuldade ocorreu com relação à metodologia. No início, a participação nos eventos a fim de observar os membros do BATUCAPS estava programada para ser presencial, mas precisou, por razões sanitárias associadas à pandemia COVID-19, ser substituída por narrativas. Essa substituição pode ter prejudicado a vivência do pesquisador na análise da realidade desse tema tão sensível e caro. A falta do contato físico, a percepção do afeto, dos olhares; a identificação de cada membro no grupo, em especial do líder, e outras questões importantes associadas às narrativas se perderam.

É importante pontuar que a narrativa é uma ferramenta metodológica importante, mas, nesse caso, não foi suficiente na potencialização dessa pesquisa, uma vez que praticamente a análise se prendeu apenas a ela, exceto pelo evento do dia 18 de maio de 2018, data comemorativa do movimento da luta antimanicomial, onde foi possibilitado através da fala de um dos usuários trazer uma memória importante que pode fazer parte dessa produção.

Sobre as conclusões, a primeira é que a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem importância histórica e fundamental para a saúde pública no que se refere aos cuidados em saúde mental. Não há como falar em liberdade ao “louco”, sem citar o processo de desinstitucionalização e o do cuidado substitutivo, sendo esses os eixos fundantes da Reforma. Os autores citados nessa produção como Amarante (1998) e Pitta (2011) trazem discussões importantes sobre a política de saúde mental e como ela é uma possibilidade tangível para o desenvolvimento e favorecimento da reinserção social do sujeito.

Outra conclusão é sobre a efetividade da arte no cuidado aos acometidos pelo transtorno mental. No Brasil, a psiquiatra Nise da Silveira (1981) e o psiquiatra Osório Cezar (2007) foram revolucionários naquele período histórico no que se refere ao cuidado em saúde mental. Ambos deram início a esse debate que perdurou por décadas e ainda é motivo de estudo pela academia. Sobre a arte, ambos acreditavam na sua potência de interlocução entre a subjetividade e a realidade do sujeito.

Durante o aprofundamento teórico, sendo o recorte a música, foi possível entendê-la como uma ferramenta terapêutica estratégica no cuidado e no processo de expansão criativa e social, o que pode ser potencializador da autonomia daquele que é acometido pelo transtorno mental.

Sobre o grupo de Maracatu BATUCAPS , objeto principal de análise desta pesquisa, foi possível concluir que essa oficina é um dispositivo potente de cuidado aos usuários do serviço CAPS III Adulto Primavera/ Mauá-SP, entendendo que sua construção desencadeou possibilidades de socialização através das apresentações, idas aos eventos, articulação para conseguir ônibus, mensuração de tempo para os toques, melhorias nas necessidades motoras leves e a confecção das vestimentas folclóricas utilizadas nos eventos.

Um ponto fundamental trazido nas narrativas fora sobre a ascensão do grupo nos anos de 2015 a 2017, quando houve um aumento de convites para apresentação, a inserção do BATUCAPS na Economia Solidária e a compra dos instrumentos.

Sobre o alcance popular da oficina, ficou evidente quando o grupo participou de um convite do cantor e psicólogo Lucas Adon do clipe musical que foi disponibilizado no canal de TV fechada MTV, intitulado “Desencadeou”, quando os membros do BATUCAPS se apresentam no início da produção a qual pode ser vista pela plataforma de streaming Youtube e pelo mundo afora, desde 30 de maio de 2017.

Fica concluído que o BATUCAPS é uma oficina exitosa de cuidado extensivo e que seu projeto pode ser multiplicado e viabilizado. Porém, identificamos durante a pesquisa as dificuldades encontradas em relação ao custeio de material, à compra de equipamentos, ao local de armazenagem dos equipamentos e à redução drástica de técnicos na participação da oficina para manutenção das atividades do grupo.

Assim percebemos que algumas questões ultrapassam as medidas individuais do grupo, pois as mudanças no macro interferem diretamente nas ações e condicionamentos da oficina. Compreendemos que os retrocessos nas políticas públicas de saúde no país, vêm se intensificando desde 2017 e, apesar dos esforços empreendidos pelos sujeitos e militantes inseridos no BATUCAPS, o pleno funcionamento da oficina apresenta fragilidade e fica prejudicado.

Outro problema que ocorreu com relação à metodologia reside na dificuldade de compreender como a precarização de recursos está afetando a vida do usuário participante da oficina. O ideal seria verificar se o processo terapêutico foi prejudicado.

É necessário que resgatemos as forças militantes dos anos de 1970, pois, com o avanço intensivo do neoliberalismo, estamos correndo riscos iminentes de retrocesso na saúde, com destaque na saúde mental. Como nas décadas de 1960 e 1970, quando o governo militar ampliou os leitos nos manicômios a fim de consequentemente aumentar as internações, os governos após o golpe do impeachment de Dilma Rousseff também intensificaram essa conduta. A Reforma Psiquiátrica Brasileira não está em ascensão enquanto princípio fundante, ao contrário, o cenário que aponta a atual conjuntura tende a caracterizar-se enquanto uma “desreforma”.

De maneira conclusiva, podemos dizer que, as possibilidades do “BATUCAPS” devem ser agarradas com unhas e dentes, pois essa e outras oficinas são extremamente importantes como objetivo de catalisar a criatividade, potencializar a autonomia e a liberdade aos sujeitos participantes, coerentes com a política de saúde calcada nos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, Paulo e TORELLY, Marcelo D. Justiça de Transição no Brasil: a dimensão da reparação. Repressão e Memória Política no Contexto Ibero-Brasileiro. Ministério da Justiça, Comissão de Anistia. Portugal. Universidade de Coimbra. 2010. p. 38.

Disponível em: https://www.justica.gov.br/central-de-conteudo_legado1/anistia/anexos/repressao-e-memoria-no-contexto-ibero-americano.pdf Acesso em 30 nov. 2020.

ALMEIDA, José Miguel Barros Caldas. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00129519, jul. 2019. Disponível em <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/906/politica-de-saude-mental-no-brasil-o-que-esta-em-jogo-nas-mudancas-em-curso>. Acesso em 30 nov. 2020.

ALGALARRONDO, Paulo; GUTMAN, Guilherme; ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. Osório Cezar e Roger Bastide: as relações entre arte, religião e psicopatologia. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 10, n. 1, p. 101-117, Mar. 2007 Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2330/233017474009.pdf> Acesso em 20 jan. 2021

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. Interface (Botucatu), Botucatu v. 21, n. 63, p.763-774, Dec. 2017. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 nov. 2020

_____. (Coord.) Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Caderno de Saúde Pública, nº 11, vol. 03, p. 491-494. Rio de Janeiro, 1995

_____. (Org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

_____. (Org.) Asilos, alienados e alienistas. In: Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008

_____. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. (Org.) Fim de Século: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999

AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes e SEVERO, Ana Kalliny de Sousa. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da rede de atenção psicossocial. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. [online]. 2019, vol. 12, n. 2, pp. 282-299. ISSN 1983-8220. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202019000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jan. 2021

ANDRADE, Rodrigo de Oliveira. Aos loucos, o hospício. Pesquisa Fapesp, São Paulo, n.263,90-93,2018. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2018/01/090-093_memoria_263.pdf. Acesso em: 12 fev. 2021

ARBEX, Daniela Holocausto brasileiro / Daniela Arbex. – 1. ed. – São Paulo: Geração Editorial, 2013

AROUCA, A. S. S. Saúde e democracia. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-47. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf Acesso em: 12 fev. 2021.

BASAGLIA, Franco. A Instituição Negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. (1982) Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates.

BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1780-1785, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000800025&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 30 nov. 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em 30 nov. 2020

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Ministério da Saúde: Brasília, 1986. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em 06 jan. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 30 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf Acesso em: 05 nov. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e

Outras Drogas. Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_fronteras_reforma_psiquiatica.pdf. Acesso em: 23 nov. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 20 jan. 2021

_____. Ministério da Saúde. O que é a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf. Acesso em 18 jan. de 2020.

_____. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em 21 jan. 2021

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf. Acesso em: 10 out. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007, 85p. Acesso em: 10 out. 2021

CEZAR, Osório. A arte primitiva nos alienados (1924): manifestação escultórica com caráter simbólico feiticista num caso de síndrome paranóide. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 10, n. 1, p. 118-130, Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142007000100118&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-47142007001011>. CIORNAI, Selma: Percursos em arteterapia, São Paulo, SP. Editora Summus: 2004 Acesso 10 fev. 2021

CLAUS, Marta. Arthur Bispo do Rosário: a criação artística como reorganização de mundo. “Existência e Arte” - Revista Eletrônica do Grupo PET - Ciências Humanas, Estética e Artes da Universidade Federal de São João Del-Rei - Ano II - Número II – jan.adez.2006. Disponível em: https://ufsj.edu.br/portalexpositorio/File/existenciaearte/Edicoes/2_Edicao/ARTHUR%20BISPO%20DO%20ROSARIO%20A%20CRIACAO%20ARTISTICA%20COMO%20REORGANIZACAO%20DE%20MUNDO%20Marta%20Claus.pdf Acesso em: 20 jan. 2021

MANIFESTO DE BAURU. Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, Bauru, dez. 1987. Manifesto. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2017/05/manifesto-de-bauru.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021

Desmedicalização da existência e práticas de si: resistência e poder na área da saúde/ Organização: Jadir Machado Lessa...[et al.]. — São Luís: EDUFMA, 2020.

FRAYZE-PEREIRA, João A. O que é loucura. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FRAYZE-PEREIRA, João A.. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. Estud. av., São Paulo, v. 17, n. 49, p. 197-208, Dec. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142003000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 fev. 2021.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. Estudos de Sociologia, [S.l.], v. 1, n. 18, mar. 2013. ISSN 2317-5427. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 30 nov. 2020

FOUCAULT, M. A história da loucura na Idade Clássica. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1972.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. Freud e o inconsciente. 21. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. Disponível em: [file:///C:/Users/maria/Downloads/GARCIA-ROZA-Luiz-Alfredo.-Freud-e-o-Inconsciente%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/maria/Downloads/GARCIA-ROZA-Luiz-Alfredo.-Freud-e-o-Inconsciente%20(2).pdf). Acesso em 15 fev. 2021

GÓIS, C. W. L. Saúde Comunitária: pensar e fazer. São Paulo: HUCITEC, 2008. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/42540/1/2008_liv_cwlgois2.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020

GOFFMAN, E. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Publicação original: 1988. Digitalização: 2004. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4216053/mod_resource/content/0/AULA%201_2_Goffman%20-%20Estigma.pdf. Acesso em: 12 dez. 2020

HABERT, Nadine. A década de 70: apogeu e crise da ditadura militar brasileira. São Paulo: Ática, 1992.

HEIDRICH, Andréa Valente. Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. 2007. 207 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em <http://tede2.pucrs.br/tede2/bitstream/tede/392/1/398635.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2021

IAMAMOTO, Marilda V. O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

LIBERATO, Mariana Tavares Cavalcanti; DIMENSTEIN, Magda. Arte, loucura e cidade: a invenção de novos possíveis. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 272-

281, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2021

LIMA, Elizabeth Maria Freire de Araújo; PELBART, Peter Pál. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p.709,735, Sept. 2007 Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/02.pdf> Acesso em: 12 jan. 2021

LIMA, Ana Celma Dantas; JOHANN, Rejane Lucia Veiga Oliveira. Arthur Bispo do Rosário: a arte enquanto linguagem da esquizofrenia. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande*, v.7, n.2, p.99-107, dez.2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n2/v7n2a03.pdf>. Acesso em: 12 nov. 20

LUCAS ADON - Desencadeou (Clipe Oficial) BATUCAPS: Lucas Adon. Produção Lucas Adon, Roteiro e direção: Carol Tavares, 30 de mai. de 2017 (4,10min). Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=iHzBWoHfFe8>>. Acesso em 25 fev. 2021.

MACHADO, Roberto. *Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MARIETTI, Angèle Kremer (Org.). *Introdução ao pensamento de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977

MARTINS, B. A. (2009). *Ode à Crueldade, ou a arte para pensar a desinstitucionalização*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niterói - Rio de Janeiro.

MASIERO, A. L.: A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros'. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, vol. 10(2): 549-72, maio-ago. 2003. Disponível em https://app.uff.br/observatorio/uploads/Ode_%C3%A0_Crueldade,_ou_arte_para_pensar_a_desinstitucionaliza%C3%A7%C3%A3o.pdf Acesso em: 20 jan. 2021.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa L. de Castro. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)*, Ribeirão Preto, v.4, n.2, ago.2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 fev. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001300501&lng=en&nrm=iso. Acesso 24 fev. 2021.

OLIVEIRA, Patrício Lucena de. *A arte como elemento facilitador na construção da aprendizagem*. TCC de bacharelado em Psicopedagogia da Universidade Federal da Paraíba (RN) João Pessoa: UFPB, 2014. 31f.; il. Disponível em <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/4404/1/PLO11092014.pdf>. Acesso em 24 fev. 2021.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para compreensão crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em 24 fev.2021

PELBART, Peter Pál. Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. São Paulo:Brasiliense.1989.Disponível em:<https://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/peter/clausuradofora.pdf>. Acesso em 25 fev. 2021

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 45794589,.Dec.2011.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 fev. 2021

REIS, Alice Casanova dos. Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 34, n. 1, p. 142-157, Mar. 2014 .Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932014000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2020

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis S, Costa N, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes; 1987.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. Serv. Soc. Soc., São Paulo , n. 114,p.311331,June2013.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010166282013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 fev. 2021.

ROTELLI, Franco. A instituição inventada. In: NICÁCIO, Fernanda. (Org.). Desinstitucionalização. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROSA, Lucia. Transtorno Mental e o Cuidado na Família. São Paulo. Ed: Cortez, 2003. Disponível em:file:///C:/Users/maria/Downloads/ROSA_L_C_S_Transtorno_mental_e_o_cuidado_na_famili.pdf. Acesso em 10 fev. 2021.

SILVEIRA, N. Imagens do inconsciente. Rio de Janeiro: Alhambra, 1981.

_____. Casa das Palmeiras: A emoção de lidar. Rio de Janeiro: Alhambra, 1986

_____. Terapêutica ocupacional: teoria e prática. Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, [s.d.].

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto , v. 13, n. 4, p. 591-595, Ago. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>. Acesso em 20 de jan. 2021

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde.em.Debate*, v.40, p.204-218, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100204. Acesso em: 30 nov. 2020

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A gravidade do neoliberalismo radical pós 2008 e nossas estratégias de resistência. *Revista Argumentum*, Vitória, v. 12, n. 2, 2020.. Disponível em <<https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.30483>>. Acesso em. Acesso 24 fev. 2021.

_____. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional de Saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 17-75.

PESSOA, Indira Vita. A música como estratégia para o empoderamento de usuários de serviços de saúde mental. Dissertação Mestrado Interdisciplinar e Profissional em Desenvolvimento e Gestão Social da Universidade Federal da Bahia. 108 f. Salvador, BA, 2016. Disponível em < <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21430>>. Acesso em 24 de fev. 2021.

Vozes da Saúde Mental . Pré Congresso de Saúde Pública em Mauá. Mauá, ocorrido em 25.de.out.2019.Facebook:Jornal.Vozes.da.saúde.Mental.Disponivel.em<<https://www.facebook.com/JornalVozesDaSaudeMental>>. Acesso em 23 fev. 2021

WAZLAWICK, P. Quando a música entra em ressonância com as emoções: significados e sentidos na narrativa de jovens estudantes de Musicoterapia. Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.Disponivel:http://www.embap.pr.gov.br/arquivos/File/anais4/patricia_wazlawick.pdf. Acesso em 23 fev. 2021

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: O BATUCAPS: A VOZ QUE RESISTE. DOS BASTIDORES Á PLATÉIA

Pesquisador Responsável: Prof.^a Dra. Luciana Maria Cavalcante Melo

Local onde será realizada a pesquisa: Centro de Atenção Psicossocial III Primavera – Mauá/SP .

Você está sendo convidado para participar voluntariamente deste estudo. As informações que abaixo seguem são fornecidas para esclarecimento sobre sua participação voluntária na pesquisa. O estudo em questão trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social que tem por objetivo identificar as expressões e compreender as potências sociais que perpassam as atividades artísticas, também como desmistificadora de estigmas, fortalecedora de vínculos e promotora de protagonismo dos usuários que compõe as atividades do Grupo de Maracatu intitulado Batucaps.

A referente pesquisa será desenvolvida pela estudante da Universidade Federal de São Paulo, do curso de Serviço Social, Andréa Aparecida dos Santos Miron, sob a orientação da Prof.^a Dra. Luciana Maria Cavalcante Melo e contará com a abordagem qualitativa com revisão bibliográfica e pesquisa de campo. A pesquisa de campo se propõe colher narrativas de membros do Batucaps na perspectiva de construir a memória do Projeto. Salientamos que as narrativas deverão ser encaminhadas via e-mail, (andrea.miron@unifesp.br) visando as normativas da OMS – Organização Mundial de Saúde, diante do enfrentamento a Pandemia causada pelo Covid-19.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Não haverá benefícios diretos a aqueles que participarem da pesquisa, contudo o conhecimento construído viabilizará o diálogo com a realidade, proporcionando novas contribuições e estratégias para que atividades exitosas como essa possam ser reproduzidas em outros espaços sócio-ocupacionais.

Da mesma forma, não haverá riscos previsíveis aos participantes, pois, serão assegurados o sigilo das informações pessoais fornecidas e da responsabilidade ética na análise dos dados.

Os participantes são livres para desistir da participação e fornecimento de informações a qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Suas identidades permanecerão preservadas. Sempre que julgar necessário, terá acesso o estudante/pesquisador para eventual esclarecimento de dúvidas e orientações. A pesquisadora responsável, orientadora desse Trabalho de Conclusão de Curso é a Prof^a Luciana Maria Cavalcante Melo, que também se coloca à disposição para eventuais dúvidas. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, nos telefones (11)98640-7488 e pelo e-mail Luciana.melo@unifesp.br.

Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571- 1062 ou (11) 5539-7162, às segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 12:00hs ou pelo e-mail cepunifesp@unifesp.br

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Afirmamos o compromisso como pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para essa pesquisa. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias (uma do pesquisador e outra do participante), estando as duas vias devidamente assinadas. Acredito ter sido suficientemente instruído a respeito das informações que li, descrevendo o estudo sobre “O BATUCAPS: A VOZ QUE RESISTE. DOS BASTIDORES Á PLATÉIA”.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pelo pesquisador responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

APÊNDICE B

ROTEIRO

Título do Projeto de Pesquisa: O BATUCAPS: A VOZ QUE RESISTE. DOS BASTIDORES À PLATÉIA

Nome: _____

Município: _____ Estado: _____

Cargo/Função: _____

Formação Acadêmica: _____

Idade: _____

1 – Narrador:

- 1.1 Informar se é ou já foi Trabalhadora ou Trabalhador do CAPS III – Primavera – Mauá/SP e há quantos anos.

2 – Batucaps

- 2.1 Data de Criação;
- 2.2 Início da Oficina Batucaps;
- 2.3 Motivo pelo qual foi criado;
- 2.4 Processo de discussão para concretização da Oficina;
 - 2.4.1 Instrumentalização.

3 - Cenário

- 3.1 Expectativas;
- 3.2 Cenário sócio-histórico (político, econômico e social) do período no período de fomentação da Oficina;
- 3.3 Problemática;

4 – Experiências

- 4.1 Percepção dos usuários, trabalhadoras e trabalhadores;
- 4.2 Autonomia dos usuários;
- 4.3 Vínculos;
- 4.4 Memória;
- 4.5 Voz e Visibilidade

ANEXO I

RELATOS ENCAMINHADOS POR E-MAIL

SUJEITO 2 – Santos

Alguns meses se passaram após eu iniciar meu trabalho como profissional técnico na unidade de saúde CAPS III Adulto Primavera Mauá, quando um de nossos oficinairos trouxe a ideia de iniciar uma oficina terapêutica com instrumentos musicais, pois dele também trazia essa experiência e habilidade em tocar os instrumentos de Maracatu, Albano Dias artista plástico e oficinairo passou a ser conhecido por nós como mestre de Maracatu, tive o prazer em dividir desde o início o movimento que tornou uma oficina terapêutica em uma oficina de trabalho, Albano disponibilizou seus próprios instrumentos para iniciar o movimento de levar a ideia aos usuários do CAPS, em meados do mês de maio de 2014 iniciou-se então o BATUCAPS, não como este nome, ele viria a ser discutido com os próprios usuários do serviço. No dia 18 de maio de 2014, o grupo de maracatu fez sua primeira apresentação, precisamente no Vão livre do MASP, na Avenida Paulista, na cidade de São Paulo. Nessa data se comemora o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, data histórica para relembrar as lutas conquistadas e os retrocessos que devem ser combatidos cotidianamente. Nesse dia, a principal avenida de São Paulo, o maior centro econômico da América Latina estava tomado de vozes e alfaías, som que ressoava da dor, da alegria e luta. Assistindo àquele espetáculo, ali estavam os “loucos” ou “loucas”, os indivíduos com transtorno mental, pessoas que exigiam naquela manifestação o direito a um tratamento digno e em liberdade. Depois de discutirmos ficou definido que o grupo seria reconhecido como BATUCAPS, os usuários de início gostaram e se adaptaram com a oficina, a demanda deles por participarem do grupo foi-se expandindo a ponto dos nossos instrumentos que eram fruto de empréstimo do oficinairo ser insuficiente, pensamos então em ampliar o número de instrumentos, porém fomos barrados pela empresa que gerenciava o serviço assim como a prefeitura, percebemos que não conseguiríamos recursos para a compra dos mesmos, entretanto não queríamos deixar um futuro projeto ser limitado por influência maior, em momentos de discussão em equipe técnica envolvendo os usuários, achamos uma alternativa, nós mesmos comprar os próprios instrumentos, partimos do princípio, o projeto BATUCAPS é nosso e os instrumentos precisam ser nosso, passamos por essa barreira e conseguimos enfim solidificar o grupo com cada vez mais membros envolvidos. 18 de maio é o dia nacional da luta antimanicomial, como nosso grupo iniciou em maio optamos por utilizar o mesmo

dia de surgimento e de aniversário, fazíamos ensaios pelo menos uma vez por semana, começamos a ser convidados por instituições e eventos para realizar apresentações, começamos então a ganhar reconhecimento, lembrando que todo trabalho seja dentro ou fora do CAPS, os usuários estavam envolvidos, a partir daí, fizemos uma leitura da ampliação e reconhecimento do nosso grupo e com uma importante percepção, uma simples oficina terapêutica ganhou tanta força, já que conseguimos desenvolver vários ritmos brasileiros, por que não inseri-lo como uma oficina de trabalho? Já que estávamos sendo convidados a tantos eventos já realizados, podíamos cobrar pela apresentação e o melhor jeito de isso ocorrer seria inserir o projeto na economia solidária, pois em conjunto com este grupo de percussão o CAPS desenvolvia outros grupos de economia solidária, foi então que inserimos todos os projetos em único que vinha a se chamar Diart, continuamos com o nome inicial de BATUCAPS, mas inserido no projeto de economia solidária Diart. Criamos uma página no Facebook do grupo BATUCAPS Primavera, a fim de divulgar o trabalho realizado, fomos convidados para apresentar inúmeras vezes, porém algumas vezes fomos obrigados a não aceitar, pois fomos barrados em outro problema, a logística. As apresentações começaram a alcançar outras cidades, por diversas vezes a partir de uma organização interna, conseguíamos pensar estratégias para não deixar de cumprir um convite, íamos de transporte público e/ou transporte particular, mas dificilmente deixamos de ir. Os usuários por sua vez, se sentiam pertencentes ao grupo, eu tinha a sensação que o BATUCAPS estava sim fazendo parte da vida e fazia algum sentido participar e estar atuante, seja nos ensaios, seja nas apresentações, seja na divulgação e seja no contato com o outro, o grupo por si só era acolhedor e os usuários mais veteranos e com uma habilidade adquirida, conseguia de alguma forma passar o seu conhecimento aos novos membros ou aqueles que tinham mais dificuldades em entender o processo, tivemos baixas e altas no projeto, hoje não faço mais parte diretamente do projeto, por questões de cunho financeiro e pelo medo de a qualquer momento ser mandando embora. Tive que arrumar outro emprego que me desse mais segurança mas indiretamente divulgo as ações e realizações do projeto, e me encanta falar sobre, o quanto fez parte da minha vida, mas principalmente da vida dos usuários que ali se beneficiaram. Com toda certeza iríamos alcançar um maior número de usuários e expandir a ideia a qual serviço quisesse absorver, isso ocorreria se o poder público entendesse a necessidade e a importância de um trabalho como esse, o trabalho de ação de reabilitação psicossocial.

SUJEITO 3 - Ramalho

Atualmente trabalho no CAPS III Adulto Primavera. Iniciei atividades no campo da saúde mental em 2012, no CAPS II. Permanecendo até o presente momento, participei da inauguração do CAPS III em 2013. O Grupo BATUCAPS PRIMAVERA inicia suas atividades pouco antes do dia 18 de Maio de 2014 em Mauá – SP (Dia da Luta Antimanicomial), quando a Equipe do CAPS III Adulto, organiza oficinas de percussão e saímos na primeira apresentação do grupo de trabalhadores e usuários na Avenida Paulista, participando do Ato de 18 de Maio. Acredito em são alguns motivos para a criação do BATUCAPS. Talvez não consiga descrevê-los na íntegra, entretanto, buscarei contemplar alguns aspectos. Importante destacar que o que impulsiona a Equipe para a criação do BATUCAPS não é simplesmente o “jargão” da reinserção social de usuários da saúde mental na sociedade ou simplesmente que se refere à forma lúdica de trabalhar com os usuários da saúde mental. O que de fato mobiliza a Equipe é a Luta Antimanicomial e o Cuidado em Liberdade, potencializando a circulação da loucura pela Cidade e pela Vida. Nesse sentido, cumprindo com o propósito do cuidado em Liberdade as oficinas de percussão eram realizadas no CAPS III Adulto e nos territórios da cidade (ruas, praças, outros serviços, parques etc.). A fonte de pesquisa sendo a cultura musical afro-brasileiro, com referência como maracatu, congada e samba compondo o repertório das apresentações compostas por usuários e trabalhadores do CAPS III, com ensaios, construção dos figurinos, leituras de textos e poemas. Propondo que o grupo participaria de ensaios e apresentações de outros grupos de cultura popular também da região.

Além da oficina fixa de percussão, o BATUCAPS sempre ofereceu oficinas temáticas de acordo com as datas comemorativas. No Carnaval, por exemplo, houve oficinas para confecção de máscaras, aulas de dança e coral de músicas carnavalescas, por exemplo.

A instrumentalização (de forma concreta) foi o primeiro desafio a se consolidar, como os equipamentos e figurinos. Assim, realizou-se a campanha “Adote um Tambor”, a fim de conseguir os instrumentos básicos e também se buscaram articulações na cidade para iniciarmos com alguns figurinos (doações de Escolas de Samba, Secretaria de Cultura, etc.). As expectativas sempre foram de que a oficina de percussão pudesse complementar o cuidado em saúde mental para e com os usuários do serviço. Durante o encontro com o grupo discutir sobre cidadania, direitos, relacionamento, saúde, preconceito, além de aspectos históricos, culturais e debates desenvolvidos pelo CAPS. O CAPS III Adulto compreendendo que o cuidado em saúde mental, deve romper com práticas que implicam na segregação do sujeito e destacar a importância da participação dos usuários nas

comunidades, nos territórios e na circulação por toda cidade. Construindo estratégias de cuidado que possam estimular processos de autonomia utilizando-se de um dos pilares da reabilitação, qual seja um conjunto de ações de cuidado orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. No interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”, assim ampliam-se perspectivas de superações na busca de mínimos aspectos de autonomia. É diante de tal perspectiva que se pensa o Projeto do BATUCAPS, no CAPS III Adulto, possibilitando o acolhimento e percepção dos usuários em sua condição de sujeitos de direito, através de práticas expressivas e potencializadoras, propiciando encontros entre trabalhadores e usuários na direção da (re)construção de laços de sociabilidade e cidadania. Nesse sentido, a participação dos usuários é de extrema importância e sempre foram criadas estratégias que visem o protagonismo, autonomia e a liberdade como base de todo trabalho da Equipe. BATUCAPS após sua consolidação e fortalecimento consegue ser um Empreendimento Solidário, participação efetiva no Conselho Municipal da Economia Solidária. Apresentou-se para além do “18 de Maio 2014”, todos os 18 de Maiores na Avenida Paulista (2015, 2016, 2017 e 2018), Conferências Municipais e Regionais de Saúde, Eventos em Universidades, Eventos de Saúde Mental, dentre outros. Quanto ao cenário sócio-histórico, o Brasil foi palco de movimento fecundo, luta árdua por mudanças no modelo de assistência e atenção à saúde mental em sua história, por mais de 40 anos. Em consonância com o aparato de resoluções e regulamentações da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que propôs a constituição de redes intersetoriais destinadas à atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico em liberdade, foi o que o Município de Mauá, em 2013 inicia seu trabalho, criando e fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial do Município, que embora sempre estivesse permeada por dificuldades para concretização de políticas públicas não media esforços em fortalecer equipes e ações de cuidado. Deste modo, o modelo de cuidado foi se consolidando em consonância aos princípios da Atenção Psicossocial, que fixa como objeto de cuidado “a pessoa que sofre” e não a doença e ao fazê-lo põe em questão o alcance das propostas da Atenção Psicossocial propondo mudanças de paradigmas no interior das ações propostas nos Serviços de Saúde Mental do município, efetivando de processos que garantam o cuidado integral aos usuários da saúde mental, assim nessa direção está o BATUCAPS. Desde o início da proposta do BATUCAPS, muitos foram os desafios colocados no miúdo do cotidiano para concretização das Oficinas, encontros e apresentações. Durante o período de 2014 a 2017 conseguimos fortalecer o trabalho, mesmo diante de tais dificuldades. Entretanto, o cenário político do país, com retrocessos

importantes nas diretrizes nacionais da Política de Saúde Mental, marcados pelo “desgoverno” do atual governo federal, bem como, a própria gestão da municipalidade / Prefeitura de Mauá, causam desarticulação de ações e também retrocessos e a “paralisia” se instalada, assim quaisquer movimento de fortalecimento e propostas para a Saúde Mental são criadas, gerando dificuldades extremas para a manutenção do cuidado centrado no usuário e no cuidado em liberdade, assim interferindo no cotidiano do próprio BATUCAPS. Nesse sentido, a problemática é a questão central que gira em torno da própria Política de Saúde Mental, nas dimensões Federal, Estadual e Municipal. Sem diretrizes ou quaisquer ações de fomento fica que quase insustentável a manutenção e proposta do trabalho do BATUCAPS. A problemática é concreta, sem trabalhadores que possam sustentar a proposta de trabalho, sem transporte para apresentações, sem financiamento de novos instrumentos, sem privilegiar o BATUCAPS como proposta de cuidado, enfim torna-se a própria militância de pessoas que acreditam e lutam pelo Direito a Liberdade dos usuários da saúde mental. Processo este árduo e de luta no miúdo do cotidiano, promovendo hoje pequenos movimentos e ações para que toda a proposta não desintegre.

A experiência da arte e da música como processo de expressão do humano, compreendendo o ato de tocar o instrumento como a extensão do corpo e identificação de emoções, a ponte e a passagem do mundo exterior para o interior (ou vice-versa), como processo psíquico de registro, recuperação de emoções e relações, por meio da evocação de suas próprias histórias. Nesse sentido a cultura, música e arte evoca o próprio EU, que tem suas características próprias, mas que são remetidas ao coletivo. O cuidado que pode ter o caráter da singularidade, nesse momento reflete sua existência, sua própria história e relação com o espaço e o grupo. Uma experiência de profunda emoção e força para pessoas que tiveram em suas histórias momentos intensos de segregação e expropriação de suas próprias vidas. A autonomia e/ou reconstrução da cidadania dos usuários da saúde mental se dá a partir de práticas reabilitadoras que exploram espaços e possibilidades de trocas sociais, no contraponto a lógica de confinamento, o estímulo dessa autonomia (que se pode considerar relativa na nossa sociedade) e do poder de contratualidade pode-se dizer que são experiências profundas para toda Equipe. O vínculo é concebido como proposta terapêutica a partir do olhar dos sujeitos como intervenção para possibilidades de cuidado de pessoas, respeitando suas histórias, desejos que foram cerceados muitas vezes. A memória ao longo de toda história da Saúde Mental observa-se o tratamento desumano, tortuoso, pautado em ações iatrogênicas, reclusivas e hospitalocêntricas no

cuidado aos usuários, que demonstram, além de toda violação dos direitos humanos, serem incapazes de responder às complexidades presentes nas demandas de pessoas com sofrimentos mentais. Essa é a memória da SAÚDE MENTAL nesse país, não podemos esquecer e lutar intensamente contra os retrocessos. Pode-se afirmar que tal dispositivo de cuidado - o BATUCAPS - representa possibilidade sem precedentes de voz e visibilidade e transformação em suas múltiplas relações com a loucura, ampliando limites na possibilidade do cuidado em saúde mental, inaugurando novos espaços de produção de vida que substituem os “tratamentos tradicionais”, defendidos pelos atuais gestores da Política Nacional de Saúde Mental do nosso País.

SUJEITO 4 - Fernandes

Trabalhei por 3 anos como Monitor de Oficina Terapêutica no CAPS III Primavera, Mauá-SP, entre 2013 a 2016. O Batucaps surgiu aproximadamente 6 meses após meu início no Caps. Propus juntamente com os usuários e trabalhadores essa novidade de produzirmos e criarmos ritmos a partir das minhas experiências com a Cultura Popular, especificamente o Maracatu. Senti essa necessidade de agregar a música por meio da percussão já intuindo que os usuários teriam uma aproximação direta e aderência por se tratar música, arte e apresentações. Levei uns instrumentos da percussão do maracatu para o pátio do Caps e logo ali começamos a fazer um "barulho", e que sem muitas surpresas os usuários adoraram, assim queriam mais, mais ritmo e mais instrumentos, pois aquela quantidade não era suficiente para todos. Assim pedi junto a coordenação do Caps que precisávamos de mais instrumentos. A Entidade com verba limitada não teve como bancar os instrumentos, então decidimos nós trabalhadores investir na construção desses tambores. Vivíamos em um cenário de Políticas Públicas, e era um prato cheio podermos apresentar nossa criação percussiva, da nossa parte um sucesso, por outra a desconfiança do Poder Público em apostar nessa oficina-produto Cultural. Mas a simpatia e o sucesso do Batucaps foi ganhando o olhar e os ouvidos daqueles que assistiam. Algumas problemáticas eram evidentes, além da questão do apoio do poder público tínhamos um outro fator que era a antipatia de alguns trabalhadores e usuários, mas tudo isso foi superado com muita dedicação e acreditar naquilo que fizemos. O resultado é o sucesso, o êxito e a alegria. O BATUCAPS trouxe uma experiência nova tanto para usuários quanto para os trabalhadores. Tocar tambor, se apresentar para o público, percussão com alta sonoridade, e outros aspectos impactaram cada um que se envolveu. Lembro uma vez uma usuária mencionar que não parava de sonhar com a percussão, e que um dia ela percebeu ao acordar que estava tocando no travesseiro. Incrível relato. Outro relato veio

de um trabalhador, dizendo que sua esposa o chamou de "macumbeiro", fato comum para aqueles que não buscam conhecer nossa cultura de perto. Com o passar dos ensaios a autonomia era imprescindível, como tocar o instrumento sozinhos, iniciar um baque percussivo e poder reger a banda inteira, isso não tem preço. É emocionante vê-los assim nessa dedicação. Assim laços e vínculos são ativados inevitavelmente, entre a cultura popular e os usuários da Saúde Mental. Com isso a memória fica, enraíza, se finda, se forma, se constitui numa história de dedicação e criatividade. Assim é a voz e a visibilidade do Batucaps. A princípio a estranheza, depois o encanto e muitas histórias de alegria.

SUJEITO 5 - Alameda

O projeto Batucaps é uma proposta de musicalidade que vai pra além do cuidado em saúde mental, mas promove autocuidado e interação, autoconhecimento e referência histórica. Utilizando ritmos brasileiros, como maracatu ao coco, podemos notar, a cada som das alaias, uma busca de ancestralidade, uma forma de superar limites e, acima de tudo, uma singularidade sobre a relação do usuário com a música que cada ensaio ou apresentação torna-se único e exclusivo aquele momento. Há também os ganhos pontuais que a própria música de percussão propicia, como: cadência, coordenação motora fina, compreensão ambiental, enfim, mas no caso do BATUCAPS, esses ganhos são potencializados pela experiência da troca, pela naturalidade do fazer, pela não exigência musical, pela entrega e pela autonomia em gerir seu próprio conhecimento e emprestar sua experiência pra o fazer coletivo.