

ADRIANA DRUMMOND DE ANDRADE MÜLLER

MÚSICA, HUMOR E SAÚDE MENTAL – POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

BRASÍLIA

2018

ADRIANA DRUMMOND DE ANDRADE MÜLLER

MÚSICA, HUMOR E SAÚDE MENTAL – POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito básico
para obtenção do grau de psicólogo.

Professora-orientadora:

Prof. Dra. Tania Inessa Martins de Resende.

BRASÍLIA

2018

ADRIANA DRUMMOND DE ANDRADE MÜLLER

MÚSICA, HUMOR E SAÚDE MENTAL – POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como requisito básico
para obtenção do grau de psicólogo.

Professora-orientadora:

Dra. Tania Inessa Martins Resende.

BRASÍLIA, 12 de dezembro de 2018

BANCA EXAMINADORA:

Professora Tania Inessa Martins de Resende, Dra.

Professor Frederico Guilherme Ocampo Abreu, M.e.

Frederico Filipe Braga, M.e.

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos queridos.

A todos que lutaram pela causa da saúde mental.

Àqueles que ainda não são reconhecidos como cidadãos plenos de direitos e sujeitos de sua própria história.

Aos que se interessam pela temática: música, humor, saúde mental – possibilidades terapêuticas!

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados filhos, Henrique, Rafael e Gabriela, por todo apoio e amor incondicional.

À Tânia, pela atenção, carinho e grande experiência no campo da saúde mental.

Aos usuários do CAPS III, por me proporcionarem uma experiência incrível e me ensinarem profundamente.

Aos profissionais do CAPS III, pelo carinhoso acolhimento e confiança a mim depositada no decorrer dos estágios.

A todos que lutaram pela Reforma Psiquiátrica, pela busca de novas formas de atenção e cuidados para com o ser humano em sofrimento psíquico.

RESUMO

Frente à análise da experiência concreta a respeito da utilização da música e do humor, de forma espontânea e respeitosa, no contexto do CAPS, e da revisão literária, foi possível reconhecer a importância da afetividade mútua e da sensibilidade clínica como facilitadores de aproximação junto aos usuários, bem como diversas possibilidades terapêuticas por meio da música e do humor. A partir dos resultados apontados das experiências narradas, foi percebida a relevância desses como recursos terapêuticos, acompanhados de afetuosidade e de sensibilidade clínica por parte do terapeuta. Isto posto, o presente trabalho parte de referências teóricas que atendem diversos saberes relacionados à saúde mental. No primeiro capítulo foi abordado o represamento da loucura nas instituições, discorrendo a respeito das representações sobre os conceitos de “normalidade” e “anormalidade”, do processo de institucionalização no Brasil e do horror acometido contra pessoas inocentes no hospital de Barbacena, conhecido como o “Holocausto Brasileiro”. O segundo capítulo, refere-se ao processo de desinstitucionalização e à Reforma Psiquiátrica, no âmbito nacional, transcorrendo pelos avanços e desafios; nele também é destacado a psiquiatra brasileira Nise da Silveira, devido sua luta contra a psiquiatria tradicional e pelo seu exemplo de trabalho pautado em uma busca mais humana no trato com as pessoas em sofrimento psíquico. O terceiro capítulo discorre acerca da Rede de Atenção à Saúde Mental, em que é ressaltado o Centro de Atenção Psicossocial e as Oficinas Terapêuticas como cuidados voltados ao resgate do sujeito e à possibilidade de reabilitação psicossocial. O quarto capítulo discorre a respeito da música e do humor, a partir de comentários de diversos autores, bem como das possibilidades terapêuticas de seu uso. No capítulo quinto, emerge a discussão reflexiva a que se propõe este trabalho, a partir do método da Hermenêutica de profundidade proposto por Thompson e da perspectiva sócio-histórica, que contextualiza o campo do presente trabalho. Também é realizado um diálogo entre os registros em diários de campo, relativos a minha experiência de estágio, e a literatura, promovendo uma análise formal. Por fim, tem-se a (re)interpretação a partir dos tópicos relevantes que foram sendo percebidos durante a construção das análises antecedentes.

Palavras-chave: Música. Humor. Saúde Mental. CAPS. Possibilidades. Terapêuticas.

ABSTRACT

In face of the analysis of concrete experience regarding the use of music and humor, in a spontaneous and respectful way, in the context of the CAPS, and of the literary review, it was possible to recognize the importance of mutual affection and clinical sensitivity as facilitators of approximation to the users, as well as various therapeutic possibilities through music and humor. From the results indicated by the narrated experiences, the relevance of these as therapeutic resources was perceived, accompanied by affection and clinical sensitivity on the part of the therapist. That being said, the present work is based on theoretical references that attend to multiple mental health related knowledge. In the first chapter, the imprisonment of insanity in institutions was discussed, analysing the representations about the concepts of "normality" and "abnormality", the process of institutionalization in Brazil, and the horror suffered by innocent people in the Barbacena hospital, known as the "Brazilian Holocaust". The second chapter refers to the process of deinstitutionalization and to the *Reforma Psiquiátrica*, at the national level, going through the advances and challenges; in it also is highlighted the Brazilian psychiatrist Nise da Silveira, due to her fight against traditional psychiatry and her example of work based on the search of a more humane way of dealing with people in psychic suffering. The third chapter discusses the *Rede de Atenção à Saúde Mental*, in which the *Centro de Atenção Psicossocial* and the *Oficinas Terapêuticas* are emphasized as care aimed at the rescue of the subject and the possibility of psychosocial rehabilitation. The fourth chapter deals with music and humor, based on comments from various authors, as well as the therapeutic possibilities of their use. In the fifth chapter, the reflective discussion that this work proposes emerges, based on the method of depth Hermeneutics proposed by Thompson and the socio-historical perspective, which contextualizes the field of the present work. There is also a dialogue between records in field journals, relative to my internship experience, and the literature, promoting a formal analysis. Finally, we have a (re)interpretation from relevant topics that were perceived during the construction of the previous analyzes.

Keywords: Music. Humor. Mental health. CAPS. Therapeutic possibilities.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1. A LOUCURA REPRESADA NAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS	14
1.1 Loucura, normalidade x anormalidade	14
1.2 A institucionalização no Brasil	17
1.3 “Holocausto Brasileiro”, o horror do Hospital de Barbacena	19
2. PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A REFORMA PSIQUIÁTRICANO BRASIL	23
2.1 A desinstitucionalização	24
2.2 A Reforma Psiquiátrica e desafios	26
2.3 O trabalho inovador e desafiador de Nise da Silveira	29
3. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL	33
3.1 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	34
3.2 Oficinas terapêuticas como cuidados voltados ao resgate do sujeito	36
4. MÚSICA, HUMOR E AMOR - POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS	38
4.1 Música como operador simbólico	39
4.2 Diversos olhares sobre o humor	43
5. REFLEXÃO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA EM UM DISPOSITIVO DE SAÚDE MENTAL: EITOS TERAPÊUTICOS DA UTILIZAÇÃO DA MÚSICA E DO HUMOR	46
5.1 Contextualização sócio-histórica	47
5.2 Análise formal	51
5.2.1 Música	52
5.2.1.1 Oficina de canto - e encanto	52
5.2.1.2 No Embalo de Práticas Integrativas Complementares	67
5.2.2 Humor, descarregando e intercambiando afetos, sensações, relações	70
5.2.3 Campo das saudades	72
5.3 (Re)interpretação	74
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	80

INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um espaço que abriga e acolhe diversidades, com princípios e objetivos oriundos da Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 70, no Brasil, e seguida do movimento antimanicomial, na década de 90, culminando, em 1987, com a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental — cujo lema foi: “Por uma sociedade sem Manicômios” —, envolvendo não só as macro reformas, mas o “ato de saúde”, o qual “envolve profissional e cliente, instituições psiquiátricas, a cultura, o cotidiano e as mentalidades envolvidas” (TENÓRIO, 2001, p. 32).

As pessoas encaminhadas e acolhidas no CAPS são consideradas “usuárias”. Segundo Amarante (2007), o termo “usuário” foi introduzido pela legislação do SUS na década de 90, visando destacar o “protagonismo do que anteriormente era considerado apenas um paciente” (p. 82). A expressão passou a ser adotada no campo de saúde mental e de atenção psicossocial por imprimir um significado de “deslocamento do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico” (p. 83), embora existam críticas ao termo “usuário”, em função de ainda conservar uma relação da pessoa a um sistema.

No presente trabalho, pretendo fazer uma reflexão a partir da rica experiência que obtive no meu estágio em um CAPS, nos anos de 2016 e 2017, e a descoberta de algumas possibilidades de atuação, fazendo uso da música e humor. No decorrer de meu percurso na instituição, foram utilizadas a sensibilidade clínica, a observação, a atenção, a afetividade, a escuta, a compreensão, o interesse; o *estar com e fazer junto* (dimensões do cuidar) e o incentivo, todos regados de carinho. Abarcando tais aspectos, Resende (2015, p. 241) cita alguns facilitadores percebidos como “modos de aproximação” para com os usuários no campo da saúde mental: “familiaridade, gentileza/afetividade, informalidade, mediador, sensibilidade e interesse autêntico”. Percebe, igualmente, algumas dimensões do cuidar, como “estar com, fazer junto e deixar ser” (p. 185).

Diante disso, fui percebendo que eu estava, naturalmente, utilizando a música em diferentes espaços no CAPS em que participava, sem, entretanto, ter feito um planejamento prévio antes de iniciar o estágio. Tudo foi surgindo a partir da necessidade do que eu percebia, do que via e muito me sensibilizava, provocando-me uma vontade de fazer algo que pudesse ser terapêutico e prazeroso para aquelas pessoas que lá estavam, tencionando auxiliá-las a manifestarem o potencial que cada uma possui e que, muitas vezes, encontrava-se “adormecido” em função das vicissitudes que as atravessaram.

Ao estagiar nesse espaço, senti-me provocada a refletir acerca de certas experiências, boas e ruins, alcançadas por mim ao longo da vida — e até a usar algumas dessas —, as quais me instigaram, principalmente, a prestar atenção em outro ser humano, em sua história não dita, naquilo que pode estar por trás: a fala, o gesto, o olhar, o sorriso ou o choro, a “doença” daquele corpo encolhido ou não, dentre outros.

Por meio dessas observações e participando, igualmente, de uma Oficina de Canto e de atividades vinculadas às Práticas Integrativas Complementares de Saúde, busquei estratégias para auxiliar a participação dos usuários nessa oficina e demais atividades, juntamente com a responsável pela oficina e participantes, auxiliando no desenvolvimento de vínculos e de um despertar para se permitirem e se redescobrirem como capazes de manifestações criativas.

Em quase todas atividades utilizei a música com foco terapêutico: na oficina de canto, potencializando a expressão, e, nas demais, buscando fomentar a harmonização do ambiente, a focalização, a concentração, a expressão e o relaxamento dos participantes, bem como assistir na ressignificação de conteúdos internos. Em vista disso, pode-se afirmar que foi notório o valor desse extraordinário recurso, acessível a todos.

Conforme Coutinho e outros (2006), a clínica do CAPS, no que se refere à sua função institucional de cuidado, acolhe usuários com transtornos mentais severos e em extremo sofrimento psíquico, buscando perceber o usuário-sujeito dotado “de fenomenologia singular, de destino imprevisível e jamais enquadrável em códigos universais, a priori, das tradicionais práticas de cuidado” (p. 25).

Sendo assim, busca-se uma prática diferenciada, em que possam ser “reabilitados” em seu território, junto a sua comunidade, possibilitando-os a sua inclusão. Para refletir tal proposta são utilizados os termos “clínica psicossocial” e “clínica do território”, nos quais “estão inseridas ações humanistas, socializantes, políticas e técnicas” (COUTINHO et al, 2006, p. 25).

Os cuidados de saúde mental no CAPS, em princípio, devem ir além de técnicas terapêuticas tradicionais comumente aplicadas em ambientes hospitalares, pois demanda um olhar voltado, principalmente, ao sujeito e à ética em detrimento de técnica pura e fria, muitas vezes atrelada ao controle de dada doença diagnosticada. Ainda a esse respeito, Coutinho e outros (2006) ressaltam como objetivos dessa nova cultura, atrelada ao CAPS, a promoção de “ações de natureza política, buscando a mudança de pré-conceitos, de invenção de novas técnicas, de concepção e implantação de novos serviços,

da organização de uma rede variada de serviços e de ações no sistema de saúde” (p.19-20).

Os autores mencionados acrescentam que há, do mesmo modo, o acompanhamento clínico e a busca por reinserção social dos usuários ao trabalho, ao lazer e ao exercício dos direitos civis, assim como fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Prioriza-se também o suporte ao sujeito no desenvolvimento de estratégias para que possa lidar com diferentes situações, sair da crise e/ou não entrar em crise, cuidar de si e ir diminuindo a necessidade de estar com os profissionais e de fazer uso de medicamentos.

A oficina de canto da qual participei passou por alguns responsáveis técnicos do CAPS, havendo também alguns estagiários que os auxiliavam. Nesse contexto, alguns usuários são encaminhados para esta oficina, após o acolhimento com os profissionais do próprio CAPS, e outros solicitam para participar.

Cantei e me encantei pela música e pelo canto como um extraordinário recurso terapêutico, juntamente com o humor — outro recurso que percebi ser capaz de auxiliar no trato com a saúde mental. Dentre muitas possibilidades, a música pode ser associada à uma “linguagem potencialmente expressiva”, segundo Khouri (2016), pela possibilidade de acessar áreas da psique, onde há registros de experiências das mais variadas fases de nossa vida, e que, podem ser manifestadas ao serem acessadas pelas emoções e memórias, podendo, assim, desencadear reações.

Um outro aspecto importante — e que acabei percebendo como um potencial “instrumento” terapêutico — foi a utilização do humor de forma espontânea, durante a participação nos espaços em que atuei. Novamente, não foi algo planejado anteriormente, mas um “ingrediente” que ajudou muito a descontrair algumas pessoas e a construir pontes, vínculos, gerando, assim, uma maior aproximação com e entre os participantes.

Com o tempo, o clima foi tornando-se mais descontraído e os participantes foram se sentindo acolhidos. Isso auxiliou no surgimento de novas motivações no que diz respeito à integração, como compartilhar, dando sugestões, votar nas músicas, conversar ou não, na medida em que se sentiam mais à vontade, ou até rirem das situações que ocorriam. Sobre esse último aspecto, entende-se, a partir de Cymrot (2013, p.179), que “o humor auxilia a liberação do continente para a pessoa se acolher, se humanizar, estar continente para o que ela pode ser, para usufruir de uma existência mais autêntica com o seu ser, ter compaixão por si mesma e pelo outro”.

Diante do exposto, a partir da análise do percurso histórico de temas ligados à “loucura” e lutas por mudanças no trato para com a saúde mental, bem como, a valorização da cidadania e dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, o presente trabalho objetiva identificar possíveis efeitos terapêuticos da música e do humor no campo da saúde mental. Busca, igualmente, analisar possibilidades de utilização desses recursos como mediadores relacionais entre o sujeito e seu sofrimento psíquico com os demais usuários e profissionais que os acolhem.

Ainda que o trabalho realizado no CAPS não seja um trabalho analítico clássico, as produções da autora sobre o uso da música e o humor podem nos auxiliar na reflexão a partir das atividades de estágio. Alguns usuários chegaram a comentar que há meses não sorriam, voltando a ter vontade de sorrir espontaneamente e se integrar com os demais, o que foi muito gratificante.

O presente trabalho foi estruturado em cinco capítulos. No primeiro, abordou-se o represamento da loucura nas instituições, discorrendo a respeito das representações acerca de “normalidade” e “anormalidade”, do processo de institucionalização no Brasil e do horror cometido contra pessoas inocentes no hospital de Barbacena, conhecido como o “Holocausto Brasileiro”.

No segundo capítulo, há referência ao processo de desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica, no âmbito nacional, transcorrendo pelos seus avanços e desafios. Nesse fragmento, foi destacado a psiquiatra brasileira Nise da Silveira, devido sua luta contra a psiquiatria tradicional e pelo seu exemplo de trabalho pautado em uma busca mais humana no trato com as pessoas em sofrimento psíquico.

O terceiro capítulo discorre acerca da Rede de Atenção à Saúde Mental, enfocando principalmente o Centro de Atenção Psicossocial e as Oficinas Terapêuticas, esses como representantes dos cuidados voltados ao resgate do sujeito e à possibilidade de reabilitação psicossocial.

No quarto capítulo, deu-se lugar à música e ao humor a partir de comentários de diversos autores, bem como das possibilidades terapêuticas de seu uso.

No capítulo quinto, evidencia-se a análise reflexiva a que se propõe este trabalho, a partir do método da Hermenêutica de Profundidade, proposto por Thompson (1995 apud Demo, 2006), e da perspectiva sócio-histórica que contextualiza o campo do trabalho em questão. Nesse segmento, também é estabelecido o diálogo entre os registros em diários de campo, relativos à minha experiência de estágio e à literatura, promovendo uma análise

formal. Por fim, tem-se a (re)interpretação, a partir dos tópicos relevantes que foram sendo percebidos durante a construção das análises antecedentes.

1. A 'LOUCURA' REPRESADA NAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

"Malditos sejam os marinheiros que trouxeram este louco! Por que não o jogaram ao mar?"

(Tristan et Iseult apud FOUCAULT, 1978, p. 17)

Isolar o “louco”, ato comum praticado de diversas formas no decorrer da história da humanidade, pode ser simbolizado na frase acima, aclamada por Isolda ao se deparar com Tristão, sem reconhecê-lo, por este ter se disfarçado de “louco”. Isolda foi “a primeira a saber que esse louco é filho do mar, e que marinheiros insolentes o jogaram ali, signo da desgraça” (apud FOUCAULT, 1987, p.17).

Os considerados “loucos”, antes da Reforma Psiquiátrica e, ainda um tanto, atualmente, acabam por pertencer a uma classe (não por eles instituída) de pessoas que sofreram e sofrem inúmeros preconceitos e estigmas por parte dos que se autointitulam “não-loucos” — os quais podem apresentar algumas dificuldades em se relacionar com diferenças, com os não adaptados às normas sociais vigentes ou, até mesmo, por não saberem como lidar com eles.

Tais fatos podem ser observados, por exemplo, nos casos de inúmeras famílias que aprisionam seu familiar “louco” com correntes ou o isolam em um recinto, assim como outros tantos registros, ao longo da história, sobre inúmeras pessoas classificadas como loucas. Essas experienciaram perseguições, foram amaldiçoadas, isoladas, deixadas à própria sorte; padeceram em extensos maus tratos, por excessos de medicamentos, receberam choques ou passaram por lobotomia em instituições que deveriam, a priori, cuidar — conforme alguns casos que serão citados mais à frente no presente trabalho.

1.1 Loucura, Normalidade x Anormalidade

A temática “loucura” perpassa a história e está inscrita, influenciada e definida de acordo com os acontecimentos socioculturais de cada época. Porém, há de se perceber que sua classificação oscila na “padronagem” de “normalidade x anormalidade”, ou seja, na primeira se é considerado normal, está livre, enquanto na segunda se está condenado a ser “louco”, de acordo com o contexto em que se vive.

Acerca disso, Fierz (2015) menciona a necessidade que se havia no meio médico em compreender a loucura e buscar significados atrelados a ela, entretanto, o autor

considera essa tentativa paradoxal por haver a tendência em “considerar a loucura absurda e incompreensível”. Mediante esse contexto, tem-se algumas definições interessantes de loucura, concebidas por alguns psiquiatras entre 1889 a 1959:

Em 1889, Emil Kraepelin (...) Munique, descreveu a loucura como imaginação patologicamente distorcida. Em 1916, Eugen Bleuler, de Zurique, declarou: “As desilusões são ideias incorretas que não são produto de erro de lógica, e sim de uma necessidade interior. Sempre seguem uma direção particular, correspondente ao afeto do paciente, e não são acessíveis à correção através de uma nova experiência ou instrução, enquanto persistir a condição que lhes deu origem”. Em 1959, Gottfried Ewald de Gotinga enfatizou que a loucura, com sua alteração afetiva da realidade, conduz a uma atitude completamente alterada com relação ao meio (FIERZ, 2015, p. 204).

O autor comenta não ser fácil “entender a loucura”, o que percebeu em seu primeiro ano como aluno do curso de Psiquiatria, em 1936, na então, “Alemanha de Hitler”. Assim sendo, pode-se inferir que havia um contrassenso entre o que era considerado “normalidade” e o que não, tendo em vista as barbaridades cometidas no período em que Hitler detinha o poder.

Conforme Rosenhan (1994, p. 117), citando Bennedict (1934), “a normalidade e a anormalidade não são conceitos de validade universal, o que numa cultura se considera normal, pode ser visto como totalmente anormal em outro contexto cultural”. Assim, tem-se que, não necessariamente, os diagnósticos e categorizações médicas poderiam ser definidos a partir da constatação do sujeito analisado de “estar são” ou “louco”, isto é, dentro da “normalidade” ou da “anormalidade”.

Quanto a isso, o autor leva em consideração outros aspectos que não somente os apresentados tradicionalmente para julgar uma pessoa como “doente”, o “pseudopaciente”. Dentre essas, pode-se citar o ambiente que o circunda, a observação que lhe é feita e as circunstâncias dessa, suscitando, assim, questionamentos acerca de algumas condições: “as características salientes que levam ao diagnóstico encontram-se no próprio paciente? em seu ambiente? ou mais precisamente nas circunstâncias em que ele é observado?” (p.118). Aponta-se, portanto, outras possibilidades para além das costumeiras categorizações baseadas em sintomas aparentes, fazendo, desta forma, uma crítica à inutilidade de diagnósticos psiquiátricos tradicionais, os quais categorizam como “normais ou anormais”, “sãos ou não são”, e concluem afirmando que “um diagnóstico psiquiátrico revela pouco sobre o paciente, mas muito sobre a realidade em que o observador o encontra” (p.119).

Basaglia (1979) expressa o desejo de que a medicina não enxergue apenas o corpo, pois não vê o ser humano isolado de seu meio, sem sofrer influência deste e influenciá-lo. Nesse sentido, afirma: “queremos que a medicina exprima algo que vá além do corpo, algo que seja expressão do social, algo que leve em conta a organização na qual vivemos” (p.111). O autor também comenta não acreditar que o homem contenha apenas o “psicológico”, o “corpo biológico” ou apenas “exclusivamente o social”, e sim ser fruto e conter a integração de todos esses fatores.

Um outro aspecto percebido é que se configura nessa relação médico/paciente é o poder que o primeiro detém sobre o segundo. Basaglia (1979) afirma que esse poder faz parte da classe dominante na qual os médicos pertencem e, como tal, ocorre a possibilidade de se oprimir os pacientes. Assim como os demais médicos e outros profissionais que lutaram contra a institucionalização, o autor rejeita esse poder, buscando outro propósito, “o compromisso com a parte oprimida da sociedade” (p. 110), e, como tal, busca dar ouvidos e voz — expressão de suas subjetividades — a essa parcela de pessoas consideradas, tradicionalmente, como “anormais”.

O poder vai além da relação médico/paciente, pois configura-se em todo o processo que legitima a discriminação e o isolamento dos elencados como “doentes mentais”, “anormais”, “insanos”, “loucos”, dentre outros. Isso permite, assim como decide, a respeito da institucionalização pela qual essas pessoas, em sua maioria, tiveram que se submeter. Na “lógica” da institucionalização, cabe ao médico decidir se o sujeito é “doente” ou não, assim como, tentar “curá-lo”, utilizando os meios pelos quais decidir ser úteis para atingir esse fim ou “acquietar” aquele importuno “doente mental”.

Basaglia (1979) também comenta que a “cura, controle e revolução” não estão nas mãos deles, militantes, mas “nas mãos do poder”. O autor também critica a palavra “cura”, pois essa denota “controle” ao presumir que o médico tem o poder de curar o paciente, esse que não é visto em sua subjetividade. Portanto, “a pessoa que cura – o médico – não vê o curado como o sujeito de sua cura, mas sim, como objeto de sua cura, então, a cura passa a ser a reprodução objetiva do próprio médico” (p. 93).

1.2 A Institucionalização no Brasil

De como Itaguaí ganhou uma casa de Orates

A vereança de Itaguaí, entre outros pecados de que é arguida pelos cronistas, tinha o de não fazer caso dos dementes.

Assim é que cada louco furioso era trancado em uma alcova, na própria casa, e, não curado, mas descurado, até que a morte o vinha defraudar do benefício da vida; os mansos andavam à solta pela rua.

Simão Bacamarte entendeu desde logo reformar tão ruim costume; pediu licença à Câmara para agasalhar e tratar, no edifício que ia construir, todos os loucos de Itaguaí, e das demais vilas e cidades, mediante um estipêndio, que a Câmara lhe daria, quando a família do enfermo o não pudesse fazer. A proposta excitou a curiosidade de toda a vila, e encontrou grande resistência, tão certo é que dificilmente se desarraigam hábitos absurdos, ou ainda maus.

A ideia de meter os loucos na mesma casa, vivendo em comum, pareceu em si mesma, sintoma de demência (...).

(ASSIS, Machado, *O Alienista*, 1994, p.4)

Orates é o plural de *orate*, que significa: “louco, desequilibrado, idiota, alienado, lunático”, dentre outros, conforme o Dicionário Aurélio (2001, p. 831). A obra citada acima, escrita em 1882, faz referência à uma instituição que abrigaria tais pessoas, similarmente ao que ocorreu nessa época — e ainda ocorre, no Brasil, igualmente — em outros países, nos quais aqueles classificados como “loucos” são destinados à instituições, a fim de receberem “tratamentos” ou são isolados do convívio social.

Amarante (2007) cita que a alienação mental era considerada como “um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade” (p. 31). Comenta, igualmente, a associação que o termo reluz à perda de juízo, já que tem sua origem em *alienare* e *alienatio*, significando “tornar-se outro”, e, por conseguinte, “um outro da razão”, e assim representar a possibilidade de ser um perigo à sociedade (p. 31).

Nota-se que, a partir da criação do primeiro hospício no Brasil, em 1852, até a proclamação da República, o “doente mental” era tido como “alienado”. À parte do Brasil, o médico Pinel havia escrito o primeiro livro da disciplina que, no futuro, passaria a ser a Psiquiatria. Tal obra foi intitulada: “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania” (Paris, 1800), na qual haviam as bases da “síntese alienista” (2007, p. 30), em que continha, dentre outras, uma nova percepção a respeito do “doente mental”, havendo a proposta de não mais acorrentá-lo. Pode-se observar, simbolicamente, nessa propositura, uma busca por humanização no trato para com essas pessoas, muito embora propunha, também, a utilização do “princípio do isolamento”. Diante disso, o referido

médico foi responsável pela fundação dos primeiros hospitais psiquiátricos a utilizarem tal princípio.

Um dos maiores protagonistas conhecidos das instituições de saúde é, portanto, o Hospital, sendo que este, inicialmente, fora criado para outro fim. Conforme Amarante (2007), na Idade Média o hospital era um local de abrigo, assistência e alimentação às pessoas que necessitavam de hospedagem e aos doentes — inclusive, a natureza da palavra “hospital” é latina, e tem como significado “hospedagem”. Já a palavra “hospício”, derivada do latim, *hospitiu*, refere-se à casa na qual se hospedam e/ou tratam pessoas pobres ou doentes, sem retribuição; como, também, atribui-se à “asilo; asilo de loucos; manicômio” (FERREIRA, 2001, p.739), sendo criado para esse fim manicomial, posteriormente. Na ocasião da chegada da família real portuguesa ao Brasil, em 1808, Bastos (2007) cita, em tom “jocosos”, como anuncia, já haver indícios do início da psiquiatria no Brasil, pois a rainha D. Maria I viajou em uma “gaiola” por não ser considerada sã, tendo sido, inclusive, retirada de suas funções pelo médico da corte, à época, Dr. José Correia — esse foi, ademais, fundador dos cursos médicos do país (p. 154).

Segundo o mesmo autor, nessa época pessoas consideradas “doentes mentais” vagavam pelas ruas e serviam de zombaria para os demais habitantes, ou ficavam presos em ambientes isolados nos quintais das casas dos familiares. Os “insanos”, tidos como mais indisciplinados, eram torturados pelas autoridades policiais ou médicas. Com o tempo, muitos foram sendo recolhidos e deixados nas Santas Casas de Misericórdias, e, posteriormente, em hospitais/hospícios. Ao longo da história brasileira, foram surgindo locais de recolhimento e “hospícios” de diferentes denominações, a fim de “abrigar” os “loucos”. Entretanto, nem todos os “pacientes” encaminhados e admitidos pelos que detinham o poder no país eram “diagnosticados” como tal, conforme será mencionado posteriormente.

Dentre os locais criados para recolhimento e “tratamento” dos “doentes mentais”, e os tantos outros excluídos por algum outro motivo, podem-se ser citados: Hospício D. Pedro II (RJ), posteriormente denominado, Hospital Nacional de Alienados, também conhecido como Hospital Praia Vermelha; Asilo Provisório do Largo dos Curros (SP); Asilo de Alienados do Juqueri, posteriormente denominado, Hospital Colônia do Juqueri (SP); Hospício da Visitação de Santa Isabel (PE); Hospital de Barbacena (MG); Hospital Raul Soares (MG); Hospital Engenho de Dentro (RJ) — posteriormente denominado

Hospital Pedro II, após, Centro Psiquiátrico Pedro II e, atualmente, “Instituto Municipal Nise da Silveira”; dentre outros (BASTOS, 2007).

Alguns possuíam trabalhos de terapia ocupacional com os “pacientes”, todavia, quando esses se apresentavam mais agitados, eram trancados em quartos, amarrados ou sofriam castigos. Muitos desses locais provocavam mais alienação e isolamento, por tirar o sujeito da área social, contrariamente ao que se prega com o processo de desinstitucionalização. A respeito de isolamento, Pinel, citado por Amarante (2007, p. 31), acreditava ser muito importante para os considerados “alienados”, pois, segundo o médico, as interferências externas poderiam prejudicar a “observação apurada”, essa que ajudaria a consolidar um diagnóstico mais preciso, como também o isolamento favoreceria. A seu ver: o “tratamento moral que, (...) requeria ordem e disciplina para que a mente desregrada pudesse novamente encontrar seus objetivos e verdadeiras emoções e pensamentos” (p.31).

Em meio as instituições criadas no Brasil, vale ressaltar o fatídico “Hospital” de Barbacena, conhecido como “Colônia”, criado em 1903. Foi também comparado a um “campo de concentração nazista” por Basaglia, em 1979 (*apud* ARBEX, 2013, p. 15), por ocasião em que este visitou tal instituição e estremeceu-se com o que viu, pela semelhança aos campos nazistas. Ao ler sobre o Colônia, pode-se refletir a respeito de temas que estão na esfera da saúde mental, tal como o que é considerado normal e anormal: a “indústria da loucura”; ganhos secundários; isolamento; perversidade humana; “cegueira moral”; a “banalidade do mal”; o poder dos mais fortes sobre os mais fracos e oprimidos; escravidão; exploração; dentre outros fatos que perpassam, assim, também, o tema “institucionalização”.

1.3 “Holocausto Brasileiro” – O Horror do Hospital de Barbacena

Sorôco, sua mãe, sua filha

[...] Aí que já estava chegando a horinha do trem, tinham de dar fim aos aprestes, fazer as duas entrar para o carro de janelas enxequetadas de grades. Assim, num consumo, sem despedida nenhuma, que elas nem haviam de poder entender. [...]. Agora, mesmo, a gente só escutava era o acorção do canto, das duas, aquela chirimia, que avocava: que era um constado de enormes diversidades desta vida, que podiam doer na gente, sem jurisprudência de motivo nem lugar, nenhum, mas pelo antes, pelo depois. Sorôco. Tomara aquilo se acabasse. O trem chegando, a máquina manobrando sozinha para vir pegar o carro.

O trem apitou, e passou, se foi, o de sempre.
(GUIMARÃES ROSA - Primeiras Estórias, 1962)

O conto acima cita um “trem de doido”, com grades, que iria levar “para longe e para sempre” a mãe e a filha de Sorôco. Tais personagens eram classificadas como loucas e, com o passar do tempo, não melhoravam, dando trabalho a Sorôco. Em função dessa situação, foram destinadas a pegar esse trem, tal como na vida real vários daqueles que foram despejados no Hospital de Barbacena.

Em seu livro-reportagem “O Holocausto Brasileiro”, Arbex (2013) entrevista sobreviventes que não tinham voz, na época da internação, e lhes proporciona a possibilidade de falar a respeito do que sofreram nesse período, mostrando a história macabra desse local onde cerca de 60 mil pessoas morreram, sendo que a maioria destas foi internada à força. Cita também que o período compreendido entre 1930 a 1980 foi o mais crítico, no qual chegavam à cidade, rumo ao hospital, os famosos “trens dos loucos”, em que pessoas de diferentes partes do país vinham carregadas pelos vagões — e, por isso, também comparado ao “Holocausto” alemão, em que os prisioneiros eram encaminhados em vagões de trens para os campos de concentração e extermínio. Essas pessoas, tidas como “loucas”, foram severamente privadas de liberdade, sem os seus consentimentos.

A esse respeito, Peixoto (2003) menciona que “a loucura não autoriza ninguém a tirar a liberdade de seu semelhante”, porém, esses seres humanos, encaminhados à essas instituições, não eram vistos como “semelhantes” (p. 66). Todos os que foram conduzidos, como objetos, ao Colônia, eram considerados portadores de “algum desvio” e malquistos pelos que detinham o poder. Dentre eles haviam, igualmente, os que não possuíam local de moradia; usuários de álcool; mulheres que engravidaram dos patrões ou que haviam sido estupradas; crianças renegadas pela família; e crianças (33), oriundas do Hospital Oliveira, quando desativado — essas, inclusive, foram internadas neste hospital por possuírem “deficiência física” e, quando foram para o Colônia, não tiveram estímulos, tão pouco aprenderam a falar. Alguns se rastejavam, e, devido a todos os maus tratos e falta de cuidados, muitos morreram, sobrevivendo apenas seis dentre essas.

Haviam, também, pessoas de orientação sexual diferente da que se achava à época a que se deveria ser; profissionais do sexo; esposas — não mais desejadas — de sujeitos “poderosos”; os considerados loucos e os que não se encaixavam em nenhum “critério” a não ser o de não ser desejado. Tudo era consentido pelo governo, pelos médicos,

profissionais que lá trabalhavam e demais pessoas envolvidas nesse penoso massacre humano que fora denominado “Holocausto Brasileiro” (ARBEX, 2013).

Por trás dessas práticas manicomiais há o “saber” que as sustenta, o “saber médico” pautado em um modelo hospitalocêntrico, que diagnostica, rotula e enquadra o sujeito em alguma patologia. Desta maneira, esse não é mais visto como um ser humano, mas como a encarnação da própria patologia que lhe tomou a identidade e o faz ser excluído da sociedade, e ao ser rotulado e sem identidade, passa a ser objetificado, conforme comenta Basaglia (2001). Percebe-se, nessa “lógica”, que os detentores do poder, assentados nesse “saber médico”, e os que os obedeciam, eram percebidos como “normais” entre a classe dominante, mesmo que isso implicasse profundos maus tratos aos “prisioneiros” elencados como “anormais”, pois, a partir do rótulo patológico, eram objetificados e tratados como tal.

A “manutenção” da ordem, tão comum nesse tipo de instituição, é, principalmente, por meio de castigos de diferentes tipos. Visa-se também “recuperar” os “loucos” que não tem suas subjetividades percebidas, nem sequer são vistos como seres humanos, conforme já citado acima. Segundo Foucault (1989), tais atitudes levavam os julgados como loucos a serem punidos como criminosos, assim como serem tratados como crianças.

Acerca disso, Peixoto (2003, p. 98) menciona que “a recuperação pela ordem constitui uma ameaça permanente que paira sobre todos os espaços orientados pela nossa ideologia antimanicomial”. No caso do Colônia, os castigos eram absurdos: os pacientes que infringiam as “regras” poderiam receber injeções de “entorta”; eletrochoques — em que alguns não aguentavam e faleciam, na presença dos próximos a passarem pelo mesmo processo —, uma verdadeira tortura psicológica e física; privação de água e comida; mergulho em “banheira de fezes”; além da temida “lobotomia”, frequente nos hospitais psiquiátricos e recorrente no Colônia. Alguns pacientes lobotomizados recebiam sangue em suas veias, sendo que esse sangue era retirado de outros pacientes, sem o consentimento destes, pelos denominados “vampiros humanos” (2013, p. 51).

Os ganhos financeiros eram obtidos mediante o uso dos “pacientes/prisioneiros” do Colônia como mão-de-obra, sendo que os mais resistentes eram colocados para trabalhar em plantações e no município em serviços pesados — sem remuneração, sem calçados, em conformidade com uma escravidão. O governo local, e o próprio hospital, ficava com os lucros arrecadados, enquanto os que trabalhavam sofriam da mais falta de dignidade humana e desrespeito às suas subjetividades, por passarem por todos os maus

tratos já mencionados e serem usados como mão-de-obra escrava pelos que detinham o poder (ARBEX, 2013).

2. O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

Ode ao Cardiazol¹

Eu me escondo em mim mesmo
 e muitas vezes não sei onde estou
 Se penso, sinto que alguém responde,
 e de longe repete o que pensei
 E eu fico sem saber, se sou ou se não sou
 Se sou dois, dentro de um corpo só,
 E fico a me olhar como se olhasse uma praia
 Súbito estremeço
 com medo de que não possa voltar para mim mesmo,
 Que fique solto, a esmo, a divagar
 Mas para que alguém comigo
 Se já tenho essa dúvida atroz!
 (Exposição de produções dos “internos”, Hospício D. Pedro II²)

No Brasil, assim como em outros países, a história da saúde mental foi repleta de lutas, objetivando modificar as ultrapassadas referências, saberes e ações centradas em instituições hospitalares e fazeres psiquiátricos, em que não havia o reconhecimento do sujeito, em sua inteireza, pois não lhe era dado o direito à voz, à cidadania. O foco era na “doença mental”, em que o indivíduo seria “possuído”, devendo, por conseguinte, ser retirado da sociedade e da família e condenado involuntariamente ao cárcere privado e exílio social, passando a ser tratado em uma instituição manicomial voltada para esse fim — priorizando, dessa forma, o modelo médico vigente.

Silveira (2015) cita que “o século XX foi marcado pelo esforço para inserir a loucura numa moldura do modelo médico, a preocupação era classificar formas clínicas e descrevê-las minuciosamente” (p. 112). Nessa perspectiva, as ações decorrentes foram geradoras de alienação e sofrimento a todos os que eram considerados não sãos. Já na segunda metade do século XX, conforme a psiquiatra, ocorreu “a contestação de que a *doença mental* poderia encaixar-se no modelo médico, que ocorra dentro do organismo”. A autora comenta, igualmente, o fato de a loucura acontecer na sociedade, porém, muitas vezes a psiquiatria, assentada nesse modelo médico, “interpretava” quem transgredia ou possuía uma visão diferente do mundo como um inapto às ordens sociais vigentes, defendendo, assim, a “ordem burguesa” (p. 112).

¹“Cardiozol” foi um medicamento muito utilizado nas internações hospitalares, em quadros “esquisoparanóides”; sua ação era parecida com a do quadro convulsivo dos eletrochoques.

² “Hospital da Praia Vermelha”, RJ, déc. 50.

Em uma busca por outros olhares e modos de cuidado, diferentes desse tradicionalmente articulado, foram surgindo manifestações de grupos da área da saúde, de familiares e pessoas em sofrimento psíquico. Buscava-se, portanto, um renovado espaço da clínica na transformação das relações na sociedade, governo e agentes da saúde com a loucura, objetivando a retirada da clínica da Saúde Mental da função de controle social, realizada “em nome de ditames técnicos e científicos, para colocá-la a trabalho da autonomia e independência das pessoas”, conforme assinala Lobosque (2003, p.20).

Nesse sentido, a partir das últimas décadas do século XX foi-se constituindo no Brasil a luta antimanicomial, tendo em seu bojo o processo de desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica. Apesar de ocorrer alguns retrocessos ao longo do percurso marcado por fortes embates, o movimento da Reforma Psiquiátrica possibilitou uma importante caminhada na Política de Saúde Mental, como a busca pela clínica ampliada e, principalmente, o resgate da cidadania e o reconhecimento dos direitos das pessoas julgadas como possuidoras de transtornos mentais. Assim, apostou-se na possibilidade do regresso dessas pessoas à esfera familiar, com a devida assistência, bem como à comunidade, alterando, assim, a antiga ideia de que apenas por meio de internações em instituições psiquiátricas o paciente poderia ser “tratado”, isolando-o, desse modo, da comunidade e família.

Nos tópicos seguintes do presente capítulo serão explicitados alguns pontos que se destacaram no processo de desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica no Brasil. Dentre eles, destaca-se o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira, por sua notória luta no combate às práticas tradicionais da psiquiatria e por reinventar novas formas de práticas e cuidado na área da Saúde Mental, balizadas no respeito ao ser humano em sofrimento psíquico.

2.1 A Desinstitucionalização

O processo de desinstitucionalização, como parte da Luta Antimanicomial, tencionou uma mudança de postura em relação ao cuidado das pessoas em sofrimento psíquico grave, e pretendeu resgatar o sujeito respeitando suas singularidades e subjetividades. A desinstitucionalização, portanto, é um dos pontos principais da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e tem como fundamento a desconstrução de manicômios e os preceitos que o sustentam.

A data “18 de maio” foi escolhida para o “Dia Nacional da Luta antimanicomial”, em referência a um “Encontro de Trabalhadores da Saúde Mental”, ocorrido em 1987, na cidade de Bauru (SP), e que reuniu mais de 350 trabalhadores dessa área. Tal movimento está ligado, em sua origem, a principalmente dois grandes eventos: à experiência de desinstitucionalização, ocorrida pela Itália, nas cidades de Trieste e Gorizia, por Franco Basaglia, década de 60, e à “Reforma Sanitária Brasileira”, na década de 80, da qual sucedeu-se a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (LOBOSQUE, 1997).

De acordo com Lobosque (1997), o movimento antimanicomial possui um olhar para além da clínica, por lutar a favor “da construção da cidadania, cujos militantes – técnicos ou usuários, loucos ou não – buscam fazer circular no tecido social as indagações e os impasses suscitados pelo convívio com a loucura” (p. 21). A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, foi um marco importante na Luta Antimanicomial, por garantir, dentre outros, direitos às pessoas com “transtornos mentais” sem qualquer tipo de discriminação. Fazem parte da lista de direitos, mencionada na referida Lei (2001), parágrafo único, artigo 2º:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Conforme Amarante (2016), o percurso da desinstitucionalização foi caracterizado, principalmente, pelo aparecimento de novos serviços, conceitos e estratégias em saúde mental, com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), das Cooperativas Sociais e da recuperação da estratégia de reabilitação psicossocial. Tais serviços serão abordados, mais profundamente, no Capítulo 3.

2.2 A Reforma Psiquiátrica e Desafios

Amarante (2016) assinala ser difícil definir uma data precisa para indicar o início do processo de reforma do saber e da prática psiquiátrica, entretanto, o referido autor enfoca a reforma psiquiátrica brasileira como um processo iniciado ao final da década de 70. Tal processo sofreu influências das experiências ocorridas tanto na França quanto nos Estados Unidos, mas, principalmente, na Itália, liderada pelos psiquiatras Franco Basaglia e seu sucessor, Franco Rotelli (AMARANTE, 2016).

Vasconcellos (2010) observa que, no Brasil, o processo da Reforma aconteceu, fundamentalmente, em três fases: a primeira compreendida no período de 1978 a 1992; a segunda de 1992 a 2001, e a terceira entre 2001 a 2010. No decorrer da primeira fase, ocorreram denúncias de práticas abusivas e maus tratos, assim como as primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar. Na década de 70, pode-se citar, segundo Amarante (2016), a “crise da DINSAM”, vivida por trabalhadores da saúde mental. A partir desse evento, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ganhou notoriedade e fomentou-se em uma forte mobilização. Ocorreu uma ampliação do Movimento da Luta Antimanicomial, pela busca de mudanças das práticas e políticas psiquiátricas; assim como instalou-se o lema do movimento: “por uma sociedade sem manicômios”, sinalizando os debates a respeito da “loucura” para além da fronteira assistencial (AMARANTE, 2016).

Assim, adveio o “Manifesto de Bauru”, o qual, conforme assinala Silva (2003), constitui-se um documento da Luta Antimanicomial, reafirmando o laço social entre a sociedade e os profissionais da saúde, com vistas ao enfrentamento da “loucura” e formas de cuidados. A partir desse evento, surgiu a Articulação Nacional da Luta Antimanicomial, e conforme Lobosque (2001), amplia-se o debate em sentido ao rompimento total com a perspectiva tecnicista no tocante à loucura. Na segunda fase, transcorreu maior mobilização e êxito da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização baseada na referência italiana, bem como o início do financiamento e inserção de novos serviços substitutivos.

A terceira fase foi destacada por uma ampliação e fortalecimento da rede de atenção psicossocial, assim como a expansão preambular da agenda política para novos desafios a serem enfrentados na área da saúde mental, tais como, os relacionados à crianças e adolescentes; uso de drogas, entre outros, conforme comenta Vasconcelos (2010).

O autor citado também salienta a importância em se consolidar o espaço dos participantes dessa luta, em se ter respostas concretas para as carências da população na área da saúde mental; na constituição de legitimidade política para o enfrentamento nas outras esferas da sociedade civil, assim como da política pública, tendo em vista a não garantia da continuidade política das estratégias estabelecidas nas Conferências (2010).

No período sucessivo, ocorreram diversas institucionalizações e burocratização nos novos serviços da rede de Saúde Mental, bem como precarização de vínculos de trabalho, novos modelos de gestores e trabalhadores sem muita experiência política e profissional em relação às mobilizações ocorridas nos períodos anteriores, podendo incorrer em outros rumos, como o de regressão às políticas de saúde mental no país (VASCONCELOS, 2010).

Ao longo do tempo, avanços foram ocorrendo, assim como alguns retrocessos, como o caso ocorrido após 16 anos da promulgação da Lei 10.216, a publicação da Portaria n.º 3.588 (MS), de 21 de dezembro de 2017, a qual “Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências”, e volta a financiar hospitais psiquiátricos, ferindo a Política Nacional de Saúde Mental.

O mesmo ocorre com a Resolução n.º 32 de 14 de dezembro de 2017, ao estabelecer “as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, e, em seu Art. 9, a ampliação “de leitos hospitalares qualificados para a atenção a pessoas com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”; bem como, no Art. 11, “fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT em relação as Comunidades Terapêuticas”, dentre outros artigos.

Toda legislação citada foi referendada por uma “Comissão Intergestores Tripartite” (CIT), do Sistema Único de Saúde (SUS), integrada pelo Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselhos Nacionais das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), não havendo participação do Conselho Nacional de Saúde e sociedade. Tais fatos causaram revolta na comunidade de saúde mental e foi solicitado suas revogações pelo Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Direitos Humanos, este por meio da “Recomendação n.º 03” de 31 de janeiro de 2018, em que se confia ao Ministério da Saúde a revogação da Resolução n.º 32/17 e da Portaria n.º 3.588/17, conforme justifica abaixo:

a) [...] pois foram elaboradas sem a participação do Conselho Nacional de Saúde; b) que quaisquer mudanças na Política Nacional de Saúde Mental sejam amplamente discutidas com o pleno do Conselho Nacional de Saúde e com o conjunto da sociedade brasileira, através de audiências públicas, garantindo o direito fundamental de participação e controle social previstos na Constituição Federal de 1988.

Importante salientar que há um ordenamento jurídico, não podendo, pois, Portarias e Resoluções, sendo normas inferiores, ultrapassarem normas superiores, como é o caso de Lei e, também, tal Portaria e Resolução não poderiam ter mais força que a Lei n.º10.216, conforme pontua Filho (2018), do Fórum Nacional de Saúde do Conselho Nacional de Justiça, sendo, portanto, questão jurídica, verificando-se eventuais ilegalidades.

Percebe-se que, em meio a tantas lutas voltadas à saúde mental, há, por outro lado, conflitos de poder e de interesses por parte de alguns grupos e da própria situação política do país, alargando ainda mais a distância entre a elaboração e execução da Lei. Isso pode fazer com que, nesse processo, seja ocasionado um conjunto de dificuldades que afetam principalmente os usuários, mas também a família e os trabalhadores em saúde mental.

Diferentes atores e autores escreveram sobre a referida Reforma ao longo de seu percurso, assim como participaram ativamente do processo. Dentre eles, podemos destacar algumas percepções a respeito da Reforma Psiquiátrica, as quais abarcam seu universo e complexidade, tais como: “um processo histórico de formulação crítica e prática”, tendo como objetivos, assim como estratégias, “o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 2016, p. 87).

Amarante (2016) lembra que a Reforma se dá diariamente, ao longo do processo, perpassando todos envolvidos no contexto onde se há de operar, constituído, esse, por inúmeros desafios. Segundo Lobosque (2005), a reforma ocorre cotidianamente, na “vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais” (p. 6), e é nesse contexto, recheado de tensões e impasses, que o processo da Reforma Psiquiátrica caminha.

Nota-se, dessa maneira, que a Reforma é uma construção contínua e importante. Portanto, faz-se necessário o engajamento do setor público e da sociedade, com ampliação e fortalecimento da atenção à saúde mental, por meio de ações multiprofissionais e intersetoriais, em diferentes âmbitos sociais e políticos, a fim de auxiliar no fortalecimento e cuidado das famílias e sociedade com vistas à quebra de paradigmas e

preconceitos, buscando um maior acolhimento das pessoas em sofrimento psíquico; sua reinserção social, bem como, participação no mundo do trabalho.

2.3. O trabalho Inovador e Desafiador de Nise da Silveira

Quantos dentre os senhores consideram
o sonho do demente precoce,
as imagens que o avassalam
algo mais que uma salada de palavras?
(ARTAUD, 1947, op cit SILVEIRA, 2015, p.113)

Na luta por mudanças e reestruturação da assistência na saúde mental, no Brasil, vários personagens se destacaram por sua atuação, dentre eles Nise da Silveira, a qual será realçada no presente trabalho.

Nise, psiquiatra alagoana, antes mesmo da luta antimanicomial combateu violentas ações, como o cárcere, os eletrochoques e a lobotomia, atribuídas como “tratamentos” utilizados pela psiquiatria tradicional. Tais posicionamentos a levaram ser considerada “comunista” e, conseqüentemente, ser presa injustamente. A médica contribuiu muito em uma busca mais humanizada, acolhedora e respeitosa no trato com a saúde mental, e também investiu nas oficinas terapêuticas, em que posteriormente tornaram-se ateliês, nos quais os pacientes podiam expressar-se utilizando a arte.

Dirigiu a seção de terapêutica ocupacional do Centro Psiquiátrico Pedro II na cidade do Rio de Janeiro, no período compreendido de 1946 a 1974. Nessa epopeia, foi percebendo como as artes, principalmente a modelagem, a pintura e o desenho, realizados de forma natural, permitiam um acesso mais livre aos “enigmáticos fenômenos internos” de cada paciente (SILVEIRA, 2015, p.13).

Nesse sentido, realizando um trabalho pautado no respeito às pessoas que ali estavam internadas, diagnosticadas com psicoses, Nise procurou penetrar em seus mundos intrapsíquicos, pouco que fosse, observando as obras que surgiam de suas mãos. Por meio delas, buscava conhecer melhor cada um em sua singularidade, percebendo que o mundo interno do “psicótico” possui grandes riquezas e essas são conservadas por longo período. Por meio de suas obras, tais pessoas tinham “voz”, principalmente aqueles com um comprometimento mais severo e que não mais se comunicavam verbalmente.

Diferentemente do que a psiquiatria propunha tradicionalmente, à época empenhou-se, portanto, em cuidar de pessoas já muito estigmatizadas pela sociedade. Assim, buscava-se um “tratamento” balizado pelas expressões que emergiam no trato

artístico, de forma natural, assim como nas imagens e sentimentos presentes nos sonhos que relatavam expressões da psique, dentre outros — alguns dos recursos disponíveis em cada um, havendo, assim, a possibilidade de conhecê-los melhor, de se escolher um acompanhamento terapêutico singular, assim como perceber os avanços e possíveis retrocessos durante o processo terapêutico.

Nise (2015) buscou inspiração na obra do psiquiatra suíço Carl Gustav Jung, que relata ter sido o evento mais importante que lhe ocorreu em sua busca curiosa dos dinamismos da psique: “Jung oferecia novos instrumentos de trabalho, chaves, rotas para distantes circunavegações” (p.13). Refere-se, igualmente, em não encontrar na obra de Jung a frieza dos tratados da psiquiatria tradicional, o que lhe aproximava muito de suas ideias e práticas. “Delírios, alucinações, gestos, estranhíssimas imagens pintadas ou modeladas por esquizofrênicos, tornavam-se menos herméticas se estudadas segundo seu método de investigação” (p.13). Comenta que procurou aplicar a Psicologia Junguiana, buscando “apreender o fio mítico que dá sentido ao processo psicótico nos casos clínicos” por ela estudados (p.13).

Nise intitulou sua prática psiquiátrica como “psiquiatria humanística”, a qual possui como meta “ajudar o cliente a entender os conteúdos arcaicos invasores do consciente” (p.14). Diz também que tais conteúdos teriam origem nos “estratos mais profundos da psique, não como realidade concreta, segundo lhe está acontecendo na situação psicótica, mas visa guiá-lo através da elaboração difícil e sofrida desse material na qualidade de linguagem simbólica” (SILVEIRA, 2015, p.14).

As mandalas produzidas por alguns dos “clientes” foram fotografadas por Nise e enviadas para Jung, juntamente a uma carta, solicitando auxílio para “interpretar” tais produções, já que o referido psiquiatra desenvolveu extensas pesquisas a respeito de mandalas, conforme escreve em várias de suas obras.

Em um de seus livros, no tocante a mandala, Jung (2013, p.305) pontua: “do ponto de vista psicológico, trata-se de um arquétipo de importância central e de extensão universal que aparece, independente das tradições, nos produtos do inconsciente de maneira espontânea.” Comenta que este arquétipo tem um papel particular de “orientador das direções” (p.305). Salienta, ainda, que “os símbolos do mandala aparecem, com bastante frequência, nos momentos de desorientação mental e constituem um fator ordenador de compensação” (p. 306).

Em 1975, após a aposentadoria compulsória de Nise da Silveira, essa realizou algumas exposições, publicações, filmes e documentários. Nesse período de reflexões, a

psiquiatra publicou, em 1981, o livro “Imagens do Inconsciente”, o qual contrapunha a psiquiatria tradicional, sendo uma mostra de outras formas do fazer terapêutico, bastante diferente do convencional. Isso posto, tal livro foi considerado um marco na época, por ser singular e profundo, revelando outras possibilidades de atuação e posicionando o psiquiatra como “coautor ou leitor, atento às vozes de seus antigos hóspedes compulsórios, silenciados por terríveis expedientes” (SILVEIRA, 2015, p. 11).

Nise comenta que muito se aprende em um ateliê de pintura ou modelagem, nas expressões plásticas que vão surgindo. Diz que essas podem ser utilizadas para “esclarecimento diagnóstico, controle e evolução de casos clínicos, meio para compreensão da psicodinâmica dos sintomas” (2015, p.125), tendo em vista, por várias vezes, a dificuldade em se estabelecer uma comunicação oral com “esquizofrênicos”, principalmente, por intermédio apenas da palavra.

Relata não bastar, apenas, investigar a motivação da dissociação da psique, por exemplo, pois é imposto, principalmente, ao psiquiatra e ao psicólogo, a tarefa de tentar entender as mudanças de comportamento desse indivíduo que se apresenta cindido, bem como de suas imagens e ideias deveras impressionantes, as quais lhe povoam internamente.

A esse respeito, Silveira (2015) comenta que Jung considerava o desenho e a pintura como excelentes meios de pesquisa e instrumentos de suma importância na terapêutica das psicoses. “Não se trata de fazer arte e sim, produzir um efeito sobre si próprio. Ao passar a conseguir dar forma às imagens internas, simultaneamente ele modela a si mesmo” (SILVEIRA, 2015, p. 144).

Segundo Nise da Silveira, na mesma obra, Jung considerava valoroso quando a pessoa em sofrimento psíquico tem a possibilidade de expressar as tumultuosas emoções que o assolam. Assim como, igualmente importante, achava a presença do analista, no início do processo, a fim de buscar tentar compreender essas representações que se apresentam nas expressões projetadas pelo “paciente” na tela. A esse respeito, acrescenta ser bastante válido, com base na obra junguiana,

interpretar e compreender as produções da imaginação – sonhos, fantasias – nos distúrbios emocionais, porém, o caminho intelectual não é o único caminho pois há o método que sugere ao indivíduo a tentativa de dar forma visível às imagens internas que surgem ao indivíduo em meio aos tumultos das emoções. Exprimir as emoções pela pintura será excelente método para confrontá-las. Não importa que essas pinturas sejam de todo desprovidas de qualidades estéticas. Porém, é oportuno, igualmente, a compreensão intelectual e emocional das representações perturbadoras, a fim de que possam ser integradas à consciência, sendo importante o acompanhamento do analista,

para tal, até o momento em que o cliente consiga depender menos deste, o que pode ocorrer quando esse consegue dar forma às imagens fugidias que lhe assolavam, por exemplo (JUNG, 1961, apud SILVEIRA, 2015, p. 144-145).

Ainda a respeito da possibilidade do trabalho expressivo, utilizando a arte, Jung (1961), citado por Silveira (2015), aponta que, no caso das psicoses, “as imagens do inconsciente, objetivadas na pintura, tornam-se passíveis de uma certa forma de trato, mesmo sem que haja nítida tomada de consciência de suas significações profundas”. Ainda acrescenta: “retendo sobre cartolinas, fragmentos do drama que está vivenciando desordenadamente, o indivíduo despotencializará figuras ameaçadoras”, e também “conseguirá desidentificar-se de imagens que o aprisionavam. Tudo isso poderá acontecer num processo de autocura” (p. 146).

Nesse sentido, por meio do trabalho no ateliê, acompanhando as expressões plásticas produzidas pelos usuários, há possibilidade de se construir um caminho a fim de “captar” o mundo interno do sujeito em extremo sofrimento psíquico. Isso se dá visto que, nas imagens pintadas, esculpidas e/ou desenhadas, pode-se conter autorretratos da situação psíquica, expressas, muitas vezes, em imagens fragmentadas, assim como, exuberantes, mas que ficam presas na tela ou papel (SILVEIRA, 2015).

Em 1952 foi criado o “Museu de Imagens do Inconsciente”, no Hospital Engenho de Dentro, cidade do Rio de Janeiro, e seu acervo foi tombado como “Memória do Mundo”, na UNESCO. O Museu é aberto à visitação, e funciona como um Centro de Pesquisas e Estudos; na área há salas para estudos que recebem pesquisadores e estudantes. O acervo apresenta mais de 360 mil obras, sendo algumas tombadas pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.

Jung convidou Nise a estudar em sua companhia, no Instituto Junguiano, na Suíça, por um ano, em 1957. Convite aceito, lá passou esse tempo e expôs parte do acervo do Museu no “II Congresso Mundial de Psiquiatria”, onde seu trabalho foi reconhecido mundialmente e influenciou outros profissionais que lá estavam. Quando retornou ao Brasil, formou um grupo de estudos da obra Junguiana, contribuindo, ainda mais, para uma postura diferenciada, exitosa e contrária ao modelo médico tradicional, no trato com a saúde mental, a diversos profissionais da área, no Brasil.

3. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A partir da Luta Antimanicomial, assim como da aprovação da Lei n.º 10.216 (2001), foram sendo criados serviços substitutivos de cuidados com a saúde mental. Vale lembrar, nesse tópico a respeito da RAPS, que tal Lei redirecionou o modelo de atenção à saúde mental, reafirmou os direitos humanos e civis das pessoas com “transtorno mental”, bem como regulamentou as internações involuntárias e compulsórias, proporcionando maiores garantias de proteção a essa clientela.

A respeito dos serviços substitutivos, Lobosque (2003) pontua: “serviços substitutivos são aqueles que se constituem enquanto rede: conjunto articulado de dispositivos e equipamentos, ações e iniciativas que possibilitam a extinção do hospital psiquiátrico” (p.156).

A Rede de atenção Psicossocial (RAPS), conforme a mencionada Resolução n.º 32 (MS, 2017), é composta pelos seguintes pontos de atenção: Atenção Básica; Consultório na Rua; Centros de Convivência; Unidades de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Hospital Dia; Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diversas modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental; Comunidades Terapêuticas; Hospitais Psiquiátricos Especializados – contrariamente à política de Saúde Mental defendida na Reforma Psiquiátrica.

Na criação dos CAPS, pensou-se em ampliar a prática para o território em que o usuário estaria inserido. Conforme Coutinho e outros (2006, p. 22), tal território seria o “reduto único de desenvolvimento da vida de todo cidadão, de todo o urbano e, a ‘terapêutica’ ou o cuidado do CAPS, não poderá deixar de incluir em si uma ação política [...]”, tendo em vista que a prática necessita ser acompanhada do conhecimento do dia a dia de seus usuários.

O geógrafo Milton Santos assinala que território é “o lugar do exercício da existência do sujeito, onde ele, cidadão, estabelece toda a rede de relações existenciais na comunidade, local da vida das pessoas” (COUTINHO et al, 2006, p. 24). Nesse espaço, tem-se o esperado “campo do cuidado” e de “exercício da clínica psicossocial”, sendo esse “o continente exclusivo de todo o processo de reabilitação e inclusão social” (2006, p.24).

O CAPS, foi criado, por conseguinte, para atender às principais demandas em saúde mental, e o usuário, em princípio, deveria receber atendimento próximo a sua

moradia/território e a sua família. Desta maneira, teria assistência e cuidado terapêutico de acordo com o seu quadro de saúde.

O Governo Federal, juntamente com os Estados e Municípios, faz parte da rede de atuação na área de assistência à saúde mental, das estratégias e diretrizes de atuação nessa área. Nesse sentido, todo território nacional estaria envolvido, contando com cerca de 2.500 CAPS, todavia, ainda há várias instituições psiquiátricas públicas e particulares nos moldes do modelo hospitalocêntrico, e esse quadro poderá ser reforçado a partir da já citada portaria que pode implicar retrocesso, conforme salientado.

3.1 O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS. Foi planejado para ser um “local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psíquicos, neuroses graves e demais quadros” (BRASIL, 2004, p. 13).

Tal dispositivo foi arquitetado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos e desenhado para proporcionar “cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida”, conforme a citada obra (p. 13), e assim, integra a Rede de Atenção Psicossocial, fazendo parte do SUS. O CAPS possui portas abertas à população em sofrimento psíquico; lá encontra-se equipe multidisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, motorista, pessoal da limpeza, segurança, equipe administrativa, e estagiários dessas diferentes áreas e voluntários.

Dentre outras modalidades de serviços, os CAPS foram instituídos pela Portarias Ministeriais n.º 189 de 1991 e n.º 224 de 1992 e reestruturados pelas Portarias n.º 189/2002 e 336/2002, sendo esta última responsável por estabelecer as seguintes modalidades de CAPS: I, II e III, pela ordem, de acordo com o número de habitantes da região. Os CAPS I e II funcionam durante cinco dias, de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, já o CAPS III funciona 24 horas, durante todos os dias da semana, sendo que, neste, há possibilidade de acolhimento integral após avaliação da necessidade que a pessoa em sofrimento psíquico apresentar.

Foi criado também o CAPSi, para municípios com população superior à 200.000 habitantes, e destinados ao atendimento de crianças e adolescentes. Possui um horário de funcionamento das 8h às 18h, de segunda-feira a sexta-feira, podendo haver um outro turno até 21 horas. Para o atendimento de pessoas com dependência química (álcool e

drogas), há o CAPSad em municípios com mais de 100.000 habitantes, com funcionamento de 8h às 18h, de segunda a sexta-feira, podendo, igualmente, funcionar até às 21 horas (AMARANTE, 2007).

O objetivo do CAPS é “oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004, p. 13).

Alguns princípios fundamentam a proposta de trabalho a ser realizada no CAPS, e referem-se: atendimento de toda a demanda dos “portadores de transtornos severos” de seu território, com garantia da presença de plantão técnico com profissionais responsáveis e um ambiente terapêutico acolhedor. Dispõe também de ações dirigidas aos familiares e o compromisso de construção dos projetos de inserção social, no qual cada projeto individual deverá conter ações personalizadas tanto na unidade como fora dela, respeitando as condições de cada usuário. Os projetos terapêuticos devem ser singulares e levarem em conta as regionalidades, sendo planejados juntamente ao usuário, sua família ou pessoa de confiança e equipe que o acompanha (BRASIL, 2004).

De acordo com Coutinho e outros (2006), o CAPS é um serviço de natureza política, visto que é responsável em “organizar, coordenar e supervisionar o fluxo de demanda local” (p.22). Sendo assim, é importante que possa promover “ações políticas com as instâncias e setores relacionados à saúde, setoriais e intersetoriais” (p.22). A partir dessa outra perspectiva, mais humanista, em relação à clínica tradicional, tem-se uma ampliação da forma do cuidar e de perceber o sujeito em sofrimento psíquico, na qual a ética é priorizada em relação à técnica pura; os direitos humanos dos usuários são percebidos e há a busca pela inclusão social, pela reconquista da cidadania e o poder de contratualidade social, os quais promovem um brilho especial à conquista do contexto “ideológico-político-técnico” (COUTINHO, 2006, p.20).

Conforme Pitta (2016), o CAPS representa “uma forma de assistência pública (estatal ou contratada) para os problemas da saúde mental, individual ou coletiva, que se distingue principalmente pelo acesso local e pela interdisciplinaridade” (p.8). Suas características abrangem dimensões técnicas e políticas, tais como:

1. Integração a sistemas primários e secundários de atenção; 2. Acessibilidade local (distrital ou municipal) e integração a sistemas de política social, interagindo, direta e quotidianamente, com a vida das famílias, a dinâmica do mercado de trabalho e a distribuição; 3. Prática multiprofissional interdisciplinar com redução crítica da hierarquia interna e da hierarquia

assistente/assistido. [...] articula os saberes da medicina, da enfermagem, da psicologia, do serviço social e da terapia ocupacional; 4. Multiplicidade de práticas [...]; 5. Processos de supervisão para administrar e criticar problemas de várias ordens; 6. Centro dinâmico das políticas de saúde mental [...] (2016, p.9).

Todas essas dimensões mencionadas balizam, em princípio, a estruturação do CAPS. Porém, para um funcionamento em tais moldes é necessário não apenas a formação dos profissionais na área da saúde mental e disposição, mas também da atenção por parte da esfera política em fornecer, por exemplo, as condições materiais necessárias ao funcionamento. Muitas vezes ocorrem falta de verba para compra de materiais, insumos, diminuição do número de profissionais, corte de linha telefônica, problemas estruturais nos prédios, diminuição do fornecimento da alimentação, atraso de pagamento dos funcionários, dentre outros.

Ao chegar ao CAPS, a pessoa interessada passa, inicialmente, por um acolhimento, que geralmente ocorre pelos seguintes passos: o/a interessado/a passará por uma recepção onde seus dados serão registrados; em seguida, será ouvido/a, ao tempo em que será avaliada a severidade e/ou persistência do sofrimento psíquico que apresenta. Caso vá participar do CAPS, ainda no acolhimento é criado, juntamente com o sujeito interessado, família ou pessoa de confiança e equipe, um Projeto Terapêutico Individual (PTI), conforme mencionado nos princípios do CAPS, e nele constará as atividades em que irá participar. Tais atividades poderão ser alteradas com o tempo, após experienciá-las.

As ações no CAPS são prioritariamente coletivas, compostas por um conjunto de atividades diversificadas, incluindo assembleias, eventos, oficinas, grupos operativos e terapêuticos, os quais pretendem suprir a dificuldade estrutural da psicose de simbolizar e vincular-se ao real, por meio da fala/linguagem. Além dessas atividades “intramuros”, há as “extramuros” direcionadas mais a usuários com transtornos mentais maiores (COUTINHO et al, 2006, p.25).

3.2 Oficinas Terapêuticas Como Cuidados Voltados ao Resgate do Sujeito

As oficinas terapêuticas constituíram-se, no passar dos anos, em um procedimento técnico preponderante nos serviços extra hospitalares, comunitários e substitutivos no decorrer do processo antimanicomial.

No percurso histórico da psiquiatria, as oficinas aconteceram em alguns momentos, porém, muitas vezes não haviam atividades voltadas às singularidades das pessoas em sofrimento psíquico, e sim uma ocupação para alguns horários ociosos. Em outras situações, os frequentadores eram utilizados como mão de obra, realizando trabalhos com intuito de atenderem demandas do hospital em que estavam internados. Já em um outro enfoque, na perspectiva da atenção psicossocial, as oficinas terapêuticas passaram a ser incluídas nos procedimentos técnicos grupais ou coletivos nos CAPS. Essas constituem “um instrumento estratégico de cuidado para psicóticos produzirem uma práxis, de preferência, cotidiana” (COUTINHO et al, 2006, p. 32).

Alguns usuários apresentam dificuldades em se expressarem e se comunicarem, e tais oficinas podem auxiliá-los em sua vinculação com o real, sua ressignificação como sujeitos. A princípio, a escolha de oficinas não deve ser imposta ao usuário, para que cada um possa participar na oficina que mais lhe aprazer, sendo assim, é importante que seja uma participação espontânea e conquistada.

4. MÚSICA, HUMOR E AMOR – POSSIBILIDADES

Não vou me adaptar
 Eu não caibo mais nas roupas que eu cabia
 Eu não encho mais a casa de alegria
 Os anos se passaram enquanto eu dormia
 E quem eu queria bem me esquecia
 Será que eu falei o que ninguém ouvia?
 Será que eu escutei o que ninguém dizia?
 Eu não vou me adaptar
 Eu não tenho mais a cara que eu tinha
 No espelho essa cara não é minha
 Mas é que quando eu me toquei, achei tão estranho
 A minha barba estava desse tamanho [...]
 (ANTUNES, Arnaldo, 2007)

A não adaptação do sujeito ao sistema vigente, ou a qualquer outro esquema ou modo que não se mostre em conformidade ao que se intitula “normalidade”, muitas vezes pode ser tachada como “loucura”, conforme já visto no presente trabalho, e ser apontado como candidato à cuidados na área da saúde mental, o que não corresponde a, de fato, ser necessário.

Na saúde mental, nos deparamos com pessoas que experimentam extremos sofrimentos psíquicos, muitas vezes com dificuldades em expressá-los. Tais dificuldades de expressão podem ser aumentadas em função de alguns efeitos colaterais por meio do uso de certas medicações, como algumas utilizadas a partir do diagnóstico de “psicose”. Nesse caso, tem-se como exemplo, a fim de amenizar certas manifestações que lhes causam angústia: alucinações, delírios, ouvir vozes, práticas auto lesivas, dentre outras, conforme essa autora observou durante o período de estágio em um CAPS.

Essa é uma questão delicada, pois, conforme relatos de usuários, no decorrer do estágio, e também de minha percepção ao estar em contato com eles, tais efeitos, enquanto estiverem fazendo uso do medicamento, podem comprometer a articulação de frases, a coordenação motora; causar desânimo, tremores, sono, disfunção sexual, embotamento de um modo geral, dentre outros. Porém, acreditam que os medicamentos receitados pelos médicos são importantes aliados, tendo em vista os percalços que vivenciavam sem fazer uso desses.

Vale ressaltar que os usuários são orientados a participar das atividades propostas de comum acordo em seu projeto terapêutico, juntamente a outros companheiros do CAPS e equipes multiprofissionais, como forma de cuidado terapêutico e não apenas uso os medicamentos.

Diante esse quadro de dificuldades pelo sofrimento persistente, nota-se medo, falta de perspectivas de melhoras a, por exemplo, voltar a estudar, trabalhar, relacionar-se, enfim, ter vida social e, muitas vezes, a única expressão que mais se observa é o choro. No entanto, há aqueles que nem mais conseguem chorar, passam por uma grande apatia, conforme presenciei em certas situações com pessoas que ingressaram no CAPS.

Essas pessoas possuem oportunidade, nesse dispositivo, de se “reabilitarem” ao participarem das atividades propostas com equipe multidisciplinar, relacionando-se com outros usuários e em seu território.

Uma das possibilidades de a pessoa em sofrimento psíquico conseguir expressar e ressignificar conteúdos da psique, tanto conscientes como inconscientes. Isso pode ocorrer por meio da arte, mais precisamente, pela música, conforme o presente trabalho aponta, seja cantando, seja ouvindo, acompanhando a música que se ouve, seja movendo o seu corpo ao som da música. Esse capítulo abordará algumas considerações de pesquisadores a respeito da música, mais precisamente no item 4.1.

Outro recurso interessante que pode servir para “abrir portas”, expressar emoções, facilitar a comunicação, bem como mediar relações é o humor, conforme será descrito, no item 4.2.

4.1 Música Como Operador Simbólico

A palavra “música” teria uma origem grega, *μουσική τέχνη* (*musiké téchne*), conhecida como “a arte das musas”, em referência à mitologia grega, na qual as musas seriam “qualquer uma das nove deusas irmãs que presidiam a determinadas artes e ciências”, conforme Brandão (2009, p. 35). Também é conhecida como a “arte e ciência de combinar os sons de modo agradável aos ouvidos” (HOLANDA, 2001, p. 963). Nessa combinação de sons, parece que há um “poder” de acessar, atemporalmente, conteúdos psíquicos armazenados ao longo da vida ou mais recentes, fazendo-os reviver; trazendo emoções que lá estavam e entoaram diversas experiências.

Contudo, as músicas não somente conectam às boas lembranças: as mesmas podem causar prazer e boas recordações a uma pessoa e não o mesmo à outra, dependendo da história de vida de cada uma. A esse respeito, Candé (2001, apud FOSTER, 2011, p. 43-44) indaga se “uma mesma música pode ser agradável aos ouvidos de todos os homens, independente da etnia ou cultura”, haja vista as diferentes reações que podem causar, como, tristeza, raiva, angústia, alegria, relaxamento, inspiração, dentre outras.

A música remonta aos primórdios, perpassando inúmeros povos e civilizações do nosso planeta. Tal arte foi criada em diversas formas, a partir das sensibilidades das pessoas e influenciadas pela cultura e história de diferentes épocas, expressando os mais variados sentimentos e emoções, assim como comunicando algo, marcando, dessa maneira, diferentes contextos sociais.

Há escritos sobre aproximações entre música e linguagem, tal como Nogueira (2013), ao citar Mithen (2005), o qual supunha que ambas tinham uma mesma origem e havia uma certa combinação de “protomúsica” e “protolinguagem”, as quais teriam caracterizado a mente do homem de Neandertal (p.72). O autor pontua que Darwin também teorizava a respeito dessa possível ligação, por achar que “nossos ancestrais semi-humanos usavam tons e ritmos musicais em determinados períodos [...], e a fala teria evoluído a partir dessa música primeva”, porém o autor discorda dessas hipóteses por defender que “a linguagem é o que causa a música” (p.73). Na perspectiva da linguagem, Khouri (2016) inscreve a música como “uma linguagem altamente expressiva”, capaz de “provocar reações que nos levam a vivenciar diferentes estados emocionais” (p. 28).

O documentário “Alive Inside” (2014) aborda a importância da música na restauração da memória de idosos com algumas dificuldades neurológicas, como também, mentais. A produção mostra também a recuperação da memória e de movimentos expressivos em pessoas que já estavam com alto comprometimento de saúde. O neurologista Oliver Sacks (2014), no citado documentário, comenta ser a música inseparável da emoção, pois “não é apenas um estímulo fisiológico, ela pode mexer com diversas áreas do cérebro de uma pessoa, mais do que qualquer outro estímulo”. Dessa forma, emoções e memórias brotam; o filósofo Kant referia-se à música como “arte vivificante”, e concorda por perceber a vivificação de pessoas já apáticas pela demência, e essas poderem “despertar”.

Tal fato ocorreu com as pessoas que apareceram no documentário mencionado, nos quais, ao ouvirem músicas personalizadas de épocas significativas, suas expressões corporais mudaram e eles começaram acompanhar a música — a lembrar de situações vividas —, bem como a movimentarem as mãos e alguns, os braços, embalados pelas lembranças ao som que ouviam, tal como a falar sobre aquelas lembranças ou a cantar.

Sacks, no mesmo documentário (2014), informou, ainda, que os seres humanos, desde crianças, registram as músicas nos movimentos e emoções. Ao que parece, as áreas cerebrais responsáveis por tudo isso são as últimas a serem afetadas, até em casos de

enfermidades sérias como as demências, por exemplo. Assim sendo, em função de sua vasta experiência, confirma que lembranças tendem a aparecer quando as pessoas ouvem músicas que tem a ver com seus sentimentos e memórias mais profundas.

Dentre os autores que acreditam ter a música capacidade de despertar o tempo, Barenboim (2009) destaca a importância do ouvido no corpo humano, por esse detectar vibrações físicas e a convertê-las em sinais, a se tornarem “sensações sonoras no cérebro” (p.29). Cita-se Damásio (1999) ao afirmar que o sistema auditivo se localiza, fisicamente, “mais próximo das partes do cérebro em que são a base para as sensações de dor, prazer, motivação, e outras emoções básicas” (p.29). O autor também critica o excesso de estímulos que a criança recebe com vistas a se importar mais com as imagens e menos com os sons, concluindo que tal fato instiga a “ouvir sem escutar” no decorrer da vida. Nessa perspectiva, seria por meio dos ouvidos e suas conexões com o cérebro que teríamos acesso aos sons da música e às lembranças vinculadas a eles.

Isso posto, o autor citado comenta que uma das funções do ouvido seria, portanto, nos ajudar a lembrar e a recordar, bem como nos levar a pensar. Ao ouvirmos uma determinada música, teríamos acesso a uma “memória motora”, e esta dependeria de um processo pelo qual “o cérebro regula os movimentos dos músculos e nervos” (2009, p.31). Isso poderia ocasionar os movimentos das mãos, por exemplo, ao ouvir determinada música, mesmo quando houver algum comprometimento que esteja afetando outros tipos de memória, conforme ocorreu nos casos citados no documentário (2008) acima. Salienta que, dessa forma, ao ouvirmos a música ela “move-se com o tempo” (p.32), com a utilização dos ouvidos e sua conexão com o cérebro, assim, poderíamos acessar lembranças guardadas na psique.

Nogueira (2013) pontua a “escuta da música como metáfora para escuta do inconsciente” remetendo-a à “escuta da significância”, conforme Barthes (1990, apud Nogueira, 2013, p.114), o qual a articula à “escuta psicanalítica”, justificando ser esta a que melhor pratica a citada “escuta da significância”, tendo em vista não esperar signos determinados. O autor comenta, “essa tal escuta da significância nos aproxima da ideia de atenção flutuante, proposta por Freud, [...]” (p.114), fazendo alusão à atividade “pseudopassiva”, que seria a de quem simplesmente escuta a música. Entretanto, complementa,

Aquele que escuta música não é um receptor inerte, mas sim, alguém que se deixa afetar por ela e deixa-a falar, permitindo não somente aquele ensaio que o pensamento efetua através da percepção (descrito por Freud em *A Negação*)

– 1925), mas também, à fruição de sua subjetividade, a ponto de a voz singular da personalidade do ouvinte encontrar-se com a voz singular da personalidade do compositor, expressa na música que está sendo executada. É a beleza desse encontro que acredito ser necessário comemorar, já que é dele que brotam as mais diversas experiências, inclusive a de emprego de sentido a algo não representado (2013, p.114-115).

Sekeff (2009) comenta a dificuldade em se “definir música”, porém, percebe poder fazê-lo apenas “tecnicamente”. Dessa forma, a música seria,

a sucessão de sons convergindo para um determinado ponto de repouso. Sustentada numa sintaxe de semântica autônoma, ela envolve cadeias sígnicas e operações ‘assemelhadas’ à condensação, deslocamento, figurabilidade, duplo sentido (modos de funcionamento dos processos inconscientes), operações que são elaboradas racional, técnica e poeticamente, gerando formas que induzem ao receptor movimentos afetivos correspondentes (2009, p. 94).

A mesma autora complementa seu pensamento a respeito da música, ressaltando que esta “mexe com nosso tempo, espaço e movimento psíquicos, sem nunca dizer, nunca conceituar, nunca descrever” (p. 94).

Forster (2011) lembra que Mário de Andrade percebia um certo poder sugestivo no som emanado pela música, e considerava que esse, “apesar de sua ininteligibilidade essencial, se torna símbolo e evocação das mais altas ideias e dos mais delicados sentimentos” (ANDRADE, 1980, apud FORSTER, 2011, p. 48). Dreher (2005), inspirando-se em Jung, percebe a música como um canal no qual os conteúdos arquetípicos e simbólicos, habitantes do inconsciente coletivo e pessoal, respectivamente, poderiam se expressar. Menciona que tais conteúdos, estando relacionados à história de vida do sujeito, podem ser acessados pela música. Acrescenta, ainda, que “como canal de expressão, abre as portas do inconsciente do indivíduo, a partir de uma linguagem simbólica” (p. 56). O símbolo, pois, teria a função de mediar o consciente e inconsciente.

A música, portanto, atua como operador simbólico ao estabelecer uma conexão com o sujeito que está por trás daquela “patologia”, ao que ele carrega consigo, à sua singularidade, havendo a possibilidade de reconexão com a vida.

Muitas vezes a pessoa em intenso sofrimento psíquico não consegue expressar o que lhe angustia e relata que “sente muito algo”, mas não consegue nomear. Entretanto, ao participar nas atividades da oficina de canto, no CAPS, ao tempo em que são recebidos e tratados com respeito e carinho, sentem-se acolhidos e, com isso, algumas defesas e resistências vão dando lugar à abertura e conexão com a música, o canto, aos contatos

com os demais. Assim sendo, podem ser um veículo, um mediador entre aquilo que sente e o que está em sua psique, ainda sem conseguir representar.

4.2 Diversos Olhares Sobre o Humor

A palavra humor teria origem a partir de uma raiz latina, *umor*, sendo esta derivada do termo *umere*, significando “molhado, líquido ou úmido” (CUNHA, 2010, p. 223).

Havia uma crença, dos antigos gregos, de que os humores se referiam à quatro fluidos elementais do corpo humano, os quais, cada um exprimia um elemento básico da natureza: o sangue, simbolizando o ar; bílis amarela, o fogo; bílis negra, a terra; por último, fleuma, a água. A medicina humoral acreditava que a boa saúde e, conseqüentemente, o bom humor, o caráter e as características de personalidade, estavam relacionados ao balanceamento de tais líquidos dentro do corpo, e esses tinham relação com o estado emocional de cada pessoa, assim, “um desequilíbrio significativo produzia uma personalidade patológica” (HOLLIS, 2006, p. 127).

De acordo com o autor citado, a partir dessa concepção, acreditava-se que

A bile negra em excesso produziria a melancolia, ou depressão; o excesso de verde (fleuma) produzia uma disposição fleumática, uma personalidade preguiçosa ou letárgica; o excesso de bile amarela produzia uma personalidade biliosa, rabugenta e mal-humorada, e o excesso de bile vermelha produzia a personalidade colérica, uma disposição zangada e irada [...] (HOLLIS, 2006, p. 127).

De acordo com o Dicionário Houaiss, humor seria a “disposição de ânimo de uma pessoa em relação a alguma coisa ou em algum momento; estado de espírito, temperamento; veia cômica; ironia delicada e alegre, comicidade; graça” (2009, p.521). Vale ressaltar que palavras aproximadas da palavra humor não necessariamente possuem a mesma conotação ou sentido.

Freud (1969) assinala que há variadas espécies de humor “de acordo com a emoção economizada em favor do humor: compaixão, raiva, dor, ternura, etc” (p. 261). Assevera que a manifestação do humor é determinada por duas peculiaridades ligadas às condições pelas quais esse é gerado, sendo assim, pontua que o humor, primeiramente, pode surgir misturado a um chiste ou a algum tipo de cômico, “nesse caso, sua tarefa é livrar-se de uma possibilidade implícita na situação: que possa ser gerado um afeto que interfira com o resultado gratificante” (p. 261).

Seguindo a aludida reflexão, Freud, na referida obra, menciona uma segunda forma de manifestação do humor, pois “em segundo lugar, pode deter a geração desse afeto inteiramente ou apenas parcialmente” (p. 261). O autor também acrescenta que esse último é mais comum, em função de ser mais fácil de se concluir, “produzindo as mais variadas formas de ‘humor interrompido’ – o humor do sorriso entre lágrimas” (p.261). Tal situação é explicitada por ser retirada parte da sua energia do afeto e em troca é dado um “toque de humor” (p. 261).

Ribeiro (2006, p. 20), ao pesquisar a obra de Freud e de Lacan, apreendeu que o humor, apesar de ter sido aproximado com o chiste, por Freud, alcança uma caracterização mais precisa no decorrer de sua obra. Retomando a Lacan, salienta que esse distingue a espirotuosidade, do cômico e do riso.

A espirotuosidade engloba o chiste e o humor freudianos, como elementos fundamentais da vida anímica. O cômico passa a ser objeto de interesse, de todo aquele que busca investigar a mente humana, devido a sua relação intrínseca com a espirotuosidade. O riso, por sua vez, configura uma manifestação tão complexa e variada do psiquismo, que não chegou a ter uma explicação sustentável plausível, tendo sido tratado apenas em sua vertente fenomenológica (LACAN, 2006, p.21).

A respeito do riso, Ribeiro (2006) pontua que Kant foi o único que se aproximou de uma explicação filosófica e assinalou seu caráter oscilatório, tratando-se de uma redução da tensão a zero. A autora acrescenta que Lacan (2006) considerava ser o riso uma descarga de angústia; todavia, haveria um certo riso, de grande interesse para o analista,

o provocado pelo chiste e pelo humor, na acepção freudiana, na medida em que constitui efeito e condição da espirotuosidade. Esse tipo de riso só ocorre na presença de um interlocutor, já que aquele que ri legitima a mensagem inconsciente de quem produziu o dito espirotuoso daí sua importância crucial para o processo de transferência analítica. A condição da ocorrência do dito espirotuoso, é sublinhada por Freud no riso de um terceiro que sanciona a mensagem do sujeito, lançando as bases para Lacan afirmar que quem ri é o grande Outro (2006, p.21).

Acerca disso, Freud (1969) assinala que, de forma geral, o humor aproxima-se mais do “cômico” do que dos “chistes”, ao pontuar que o humor “partilha com o primeiro sua localização psíquica no pré-consciente, enquanto os chistes, conforme supúnhamos, são formados como um compromisso entre o inconsciente e o pré-consciente” (p. 263). Na sequência salienta, entretanto, que o humor não comunga de uma característica comum aos chistes e ao cômico, sinalizando ser condição necessária para a produção do

cômico: que “nos obriguemos, simultaneamente ou em rápida sucessão, a aplicar ao único e mesmo ato de ideação, dois diferentes métodos ideacionais, entre os quais se faz a comparação e a diferença cômica que emerge” (p. 263).

Ao final da obra “Os chistes e suas relações com o inconsciente” (1905), Freud escreve ter reproduzido o mecanismo do humor a uma fórmula análoga àquela referente ao prazer cômico e aos chistes. O autor também cita as possíveis origens dos prazeres de cada, sendo assim, nos chistes seria de “uma economia na despesa com a inibição; o prazer no cômico, de uma economia na despesa com a ideação (catexia) e o prazer no humor, de uma economia na despesa com o sentimento” (1969, p. 265). Assim, conclui que em todos os modos de trabalho derivavam de uma “economia”.

Interessante observar que Freud, já acometido por câncer na mandíbula e “sob efeito da morte de familiares”, aos 71 anos, conforme menciona Slavutzky (2014, p. 81), enviou um trabalho acerca de humor ao X Congresso Internacional da IPA³, onde escreve,

O grandioso do humor reside no triunfo do narcisismo, no triunfo do Eu que se mantém inatacável. Esse Eu se recusa a sentir as afrontas da realidade, ele se recusa a deixar-se dominar pelo sofrimento. É assim que se expressa sua vitória sobre os traumas do mundo externo, pois esses não podem tocá-lo, e ainda mostra que somente são ocasiões de ganho de prazer.⁴

Adentrando na possibilidade do uso do humor na clínica, Cynrot (2003) observa “o humor partilhado serve de contensor da turbulência emocional e contribui para a expansão do estado de continência, possibilitando a mudança catastrófica, enquanto permite a reintrojeção do projetado, o aumento da tolerância à frustração (...)” (p.183).

³ Associação Psicanalítica Internacional (IPA).

⁴ Freud, *El Humor*, 1988, citado por Slavutzky (2014, p. 82).

5. REFLEXÃO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA EM UM DISPOSITIVO DE SAÚDE MENTAL: EFEITOS TERAPÊUTICOS DA UTILIZAÇÃO DA MÚSICA E DO HUMOR

Nesse capítulo, serão abordadas as experiências e impressões registradas durante estágio em um CAPS, no decorrer de dois semestres. Essas serão dialogadas com a literatura, de forma reflexiva, tendo em vista o que Demo (2001) aponta em referência a informação qualitativa a respeito da comunicação, destacando que esta “se faz mais pelo que há implícito do que pelo que é dito explicitamente” (p. 30).

Tais experiências foram documentadas em diários reflexivos (Diários de Campo) e serão analisadas de acordo com a Hermenêutica da Profundidade de Thompson, juntamente com a proposta de Demo (2001), na qual leva-se em consideração não somente aspectos formais, mas, principalmente, os inúmeros aspectos não formais, subjetivos, que se mostram no decorrer e entre as vivências que os possibilitam. Thompson (1995, apud Demo, 2001, p.36) menciona que tal referencial concede “um papel central ao processo de interpretação” à “construção simbólica significativa” de que é o objeto da análise.

Conforme Demo (2001), a análise é dividida em três patamares, a saber: análise sócio-histórica; análise formal ou discursiva e, por último, interpretação/reinterpretação. A primeira compreende a reconstrução das condições sócio-históricas de “produção, circulação e recepção das formas simbólicas” (p.38), as quais são “construções significativas que exigem uma interpretação; elas são ações, falas, textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas” (p.36) se contextualizadas socialmente ao se trilhar o roteiro de sua formação histórica e social.

A segunda, de acordo com o autor citado, refere-se a análise formal ou discursiva, e tem como objetivo desvendar “a estrutura da complexidade dos objetos e expressões que circulam os campos sociais” (p. 39), levando-se em consideração que “toda dinâmica apresenta traços estruturais abertos à formalização” (p. 39).

A terceira interpretação/reinterpretação diz respeito a uma reconstrução a ser realizada pela autora a partir das duas etapas anteriores e do diálogo com a literatura; “implica um movimento novo de pensamento, ela procede por síntese, por construção criativa de possíveis significados.” (THOMPSON, 1995, apud Demo, 2001, p. 41).

A identificação dos possíveis efeitos terapêuticos da utilização da música e humor no campo da saúde mental será percebida, portanto, por meio da utilização da análise citada. Essas serão feitas a partir da experiência da autora, documentada em diário de

campo, com base na sua participação em atividades desenvolvidas, em que se utilizou a música e o humor, juntamente com a sua disponibilidade em acolher, estando com os usuários, fazendo com eles e deixando ser. As dimensões apregoadas por Resende (2015) – *estar com, fazer junto e deixar ser*, bem como por Demo (1941), em que cita a importância de *estar junto e conversar*, ambos sinalizando dimensões do cuidar, das quais fizeram parte da experiência da autora no decorrer das atividades desenvolvidas, levando-se em conta as singularidades de cada ser humano que lá estava.

O material a ser utilizado na reflexão com a literatura será o conteúdo dos diários do campo, nos quais encontram-se registros da experiência da autora no referido CAPS.

5.1 Contextualização sócio-histórica

Estagiei em um CAPS III, situado em uma Região Administrativa do Distrito Federal, criada no final da década de 80. Inaugurado em 2014, no atual prédio, inicialmente como CAPS II e, posteriormente, CAPS III, assiste usuários maiores de 18 anos com transtornos mentais de moderados a severos e persistentes.

De acordo com Coutinho e outros (2006, p. 33), o termo “transtornos mentais severos e persistentes”, o qual fora utilizado por Trudel, JF e outros (2005), conforme cita, vem sendo utilizado com frequência por vários instrumentos normativos e documentos do Ministério da Saúde, assim como em trabalhos relativos à saúde mental. O autor salienta que “apesar de jamais explicitarem os quadros psicopatológicos e nosológicos que subentendem, esse termos vem se referindo às psicoses e neuroses graves (...)”, e tais transtornos “levam em conta significativa duração, grau de sofrimento psíquico, incapacitação nas relações interpessoais (...)” (p. 33), dentre outros.

Quando fui para o estágio no CAPS, este ainda não era CAPS III, e sim CAPS II, portanto, não havia o funcionamento por 24 horas, como ocorreu no decorrer de 2017. Tal CAPS atende parte de mais duas grandes Regiões Administrativas do DF, por essas não darem conta da demanda, sendo que em uma delas não há esse dispositivo, o que provoca uma quantidade maior de usuários.

Em função de não haver uma melhor estruturação e maior quantidade de CAPS que atenda no próprio território do usuário, decorrem dificuldades em deslocamentos pela distância entre as residências dos usuários até um CAPS mais distante. Isso acaba gerando no usuário mais cansaço e menos disposição em participar das atividades propostas no dispositivo, de acordo com o plano terapêutico de cada.

Nota-se que, a partir do processo de desinstitucionalização, um dos pressupostos de uma clínica psicossocial seria o respeito ao território do usuário. Território, nesse sentido, conforme mencionado no Capítulo 3, transcende a área geográfica, pois pensou-se no usuário como cidadão, dotado de direitos a serem respeitados. Para tanto, é importante que a pessoa em sofrimento psíquico esteja sendo assistida em uma área onde possa circular.

Nesse sentido, de acordo com Coutinho e outros (2006), a proposta do CAPS é de que este “seja um serviço local, territorial, não regional, nem intramuros (...)” (p.24). Isso se mostra diferente da lógica anterior, hospitalocêntrica, sendo, portanto, um serviço de “cuidado em saúde, por acudir o cidadão, dentro do possível, em tempo-real, dos seus sofrimentos e no contexto das relações sociais onde se apresenta o sofrimento” (p. 24) em seu território.

Historicamente, os CAPS foram criados como serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, contudo, ainda há hospitais psiquiátricos. Ocorre que o próprio CAPS, muitas vezes, não possui condições de atender a demanda e, em outras, aparecem pessoas em extremo sofrimento procurando o que denominam “emergência psiquiátrica”. Alguns chegam em ambulâncias, porém, são encaminhados ao maior hospital psiquiátrico do DF, dependendo da situação, além do CAPS não ser serviço de emergência.

No atual cenário do Distrito Federal, assim como de todo território nacional, apesar da luta pela ampliação dos dispositivos psicossociais, ainda não se conseguiu atingir um número maior desses que possam substituir as tradicionais instituições hospitalares. Isso se dá em função de um cenário político desagregador, haja vista as já mencionadas, no Capítulo 2, Portaria n.º 3.588/17 e Resolução n.º 32/17, as quais exemplificam um retrocesso em relação às conquistas de alargamento das funções dos dispositivos psicossociais e da luta antimanicomial como um todo.

Isso posto, atualmente, no Distrito Federal, há hospitais que atendem “internações psiquiátricas”, sendo que um deles possui 36 leitos, em uma ala psiquiátrica e o outro, 83. Neste último, há atendimento médico psiquiátrico emergencial e ambulatorial, internação, serviços de psicologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional, serviço social, grupo de acompanhamento pós-internação, assistência domiciliar àqueles “com transtornos mentais crônicos, com dificuldades de locomoção” e grupo de acompanhamento de Apoio Matricial (KAVAMOTO, 2018).

Vários usuários do CAPS passaram por esses hospitais, e muitos já ficaram internados nesses serviços, por diferentes transtornos severos, diagnosticados pelas

equipes médicas em que passaram. Segundo próprios relatos, durante os grupos terapêuticos, dentre outros, muitos haviam tentado suicídio ou tiveram ideação suicida ou até homicida. O CAPS III atende pessoas com transtornos psíquicos moderados à severos. Dentre algumas situações acima citadas, apresentam ou relataram a mim e equipes ter alucinações, delírios, ouvir vozes, dentre outros. No decorrer das atividades, busca-se não enfatizar os “transtornos”, mas sim o ser humano que ali está, dotado de singularidades, desejos, direitos e dor.

Lobosque (2001) pontua: “a questão que nos deve levar a acolher com urgência um paciente em nossos serviços não se deixa definir jamais por um diagnóstico determinado, seja ele do CID-9, ou 10” (p. 54). Nesse sentido, na clínica ampliada procura-se perceber o sujeito em sua singularidade e no contexto em que vive, não se prendendo ao diagnóstico, apenas. Verifica-se, contudo, “qual a urgência subjetiva em causa? Quais os riscos envolvidos na situação?” (2001, p. 54).

Rotelli (1994 apud Tenório, 2001), em uma conferência intitulada “Superando o Manicômio”, assinala o “direito ao asilo” em crises agudas. Tal direito refere-se a “sair da crise quando a situação está totalmente insuportável” (p. 74), tratando-se, pois, de um “direito humano em todo o seu sentido” (p. 74). Tenório esclarece que o asilo citado por Rotelli não é o hospital psiquiátrico tradicional, refere-se à hospedagem “nos mesmos Centros de Saúde Mental em que é oferecido o tratamento continuado, casas de poucos leitos nas quais a internação não configura um afastamento da vida (...)” (p. 74).

No CAPS III há possibilidade de “acolhimento integral”, substitutivo à “internação”, porém, com as características citadas acima pelos autores, sendo analisadas cada necessidade. O ambiente, nesse caso, é diferente daquele encontrado em um hospital psiquiátrico: a pessoa será cuidada nesse período de crise, mas participará das atividades do CAPS, caso sinta condições. Uma outra característica é a de estar em seu território, não havendo segregação social, nem isolamento.

O CAPS, onde estagiei, possui uma área de 2.500 m², sendo 900 m² de área construída, a partir de 2014. Em suas instalações, há 2 salas para grupos, 3 consultórios, sala administrativa, sala da gerência, sala das equipes e prontuários, farmácia, depósitos, copa dos funcionários limpeza, 1 refeitório, 1 cozinha, banheiros, um espaço interno onde se pratica algumas atividades das Práticas Integrativas – como Ioga, aplicação de Reiki, algumas oficinas, reuniões, jogos, apresentações, sala maior para acolhimento integral com alguns leitos e enfermaria, além da área externa onde há horta e espaço livre. As portas do prédio ficam abertas, somente à noite são fechadas, por questões de segurança.

Dentre as diversas atividades que se encontram nesse CAPS, há grupos terapêuticos, tarde de convivência, oficinas terapêuticas e práticas integrativas. Participei de diversas atividades, dentre elas: tarde de convivência, grupo de vivência, oficina de canto e práticas integrativas (Ioga, Reiki, automassagem, relaxamento), entre outros.

As Práticas Integrativas foram sendo incluídas como abordagens de cuidado e recursos terapêuticos, no SUS, ao longo dos anos. A partir da Portaria n.º 849, de 27 de março de 2017 (MS), foram inseridas mais práticas, constando ao total, conforme a legislação citada: Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga. Certos CAPS utilizam algumas dessas práticas, e no CAPS III, à época em que estagiei, haviam algumas dessas disponíveis. A equipe gestora e técnica era aberta a novas práticas, o que foi acontecendo ao longo dos semestres seguintes.

No anexo da citada Portaria n.º 849, é mencionado que tais “abordagens de cuidado e recursos terapêuticos” apresentam papel importante na saúde global. Destaca-se, inclusive, que “a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva e fortalece a inserção, reconhecimento e regulamentação destas práticas, produtos e de seus praticantes nos Sistemas Nacionais de Saúde”. Salienta-se que foram atualizadas as diretrizes da OMS, a partir do documento “Estratégia da OMS sobre Medicinas Tradicionais para 2014-2023”.

O estágio em saúde mental faz parte do final do curso de Psicologia, caso o aluno opte por essa área, e objetiva o contato e prática em campo no vasto e importante leque da saúde mental. A época em que estagiei no CAPS compreendeu o segundo semestre de 2016 e em 2017. Nesse meio tempo, sucedeu a transição para CAPS III, e ocorreram diversas alterações para atender a essa nova configuração, como o acolhimento integral, o número de funcionários, a disposição das atividades nas salas, as atividades e distribuição de horários, entre outros. Passou também a ter mais recursos, porém, ainda havia alguns desafios, como a falta de funcionamento da linha telefônica, dificuldade em sinal de internet, *tonner* para impressão, dentre outros.

Tais situações ocorreram em outros dispositivos da rede, igualmente, fazendo com que funcionários, estagiários, voluntários e usuários, muitas vezes, procurassem outras formas, para superar os desafios ocasionados, relativos à essas questões.

5.2 Análise formal

Na presente etapa de análise, serão utilizadas as informações qualitativas oriundas da minha experiência, registradas em diários de campo. A fim de preservar a identidade dos frequentadores e de profissionais do CAPS, os nomes utilizados são fictícios.

Conforme Demo (2001, p. 30), a informação qualitativa refere-se “àquela ostensivamente interpretada e que lida com sujeito-objeto, não como mero objeto de análise”. O autor considera que fazemos parte do processo comunicativo, tanto como “sujeitos” quanto como “sujeitos-objeto”. Deste modo, a informação qualitativa não intenta ser neutra ou objetiva, mas “permeável à argumentação consensual crítica” (p. 30).

A música e o humor — objetos do meu trabalho como possíveis recursos terapêuticos — serão destacados em duas grandes categorias nessa etapa, uma para cada artifício. A categoria “música” será composta por duas subcategorias: “Oficina de canto – encanto” (primeira) e “No embalo de práticas integrativas complementares” (segunda).

Embora a música e humor, por inúmeras vezes, apresentaram-se nas mesmas atividades na Oficina de canto, conforme exposto nas experiências registradas nos diários de campo, por estarem em um mesmo cenário, foram citadas as experiências que se destacaram, por cada categoria.

Importante lembrar que a utilização da música e do humor não foi planejada a priori, conforme já mencionado.

5.2.1 Música

No decorrer do primeiro estágio fui percebendo que estava utilizando a música em diversas atividades, as quais serão pontuadas nessa parte, nas três subcategorias, de acordo com a atividade implicada. Nas duas últimas subcategorias, as músicas foram utilizadas ao fundo das atividades, ambas nas Práticas Integrativas de Saúde.

5.2.1.1 Oficina de Canto – e Encanto

No CAPS III existe uma oficina de canto, na qual eu participei. Havia uma funcionária, assistente social, que era responsável pela oficina na época em que iniciei o estágio no CAPS. Alguns usuários eram encaminhados para esta oficina após o

acolhimento no próprio CAPS, de acordo com o Projeto Terapêutico, e outros pediam para participar. A frequência de todos não era uma constante, variava de acordo com o momento em que estavam passando, como alguma intercorrência na própria saúde, pelo fato de não ter como ir ao CAPS, entre outros tantos fatores.

A oficina era realizada uma vez por semana, no pátio interno do Centro. Os participantes pegavam as cadeiras do refeitório, bem próximo ao local, e situavam-nas ao redor de uma mesa em que, inicialmente, eram acolhidos, apresentados entre si. A responsável pela oficina, nessa ocasião, apresentava-se bastante simpática e acolhedora, juntamente com sua estagiária de assistência social. Ali, também eram escolhidas algumas músicas e suas letras, impressas pela funcionária e distribuídas a eles; após, iniciava-se o canto, sendo incentivados a cantar, todos sentados primeiramente, mas depois são convidados a se levantarem, de acordo com o ritmo da música.

No primeiro estágio que participei, nessa oficina, um dos usuários, Lauro, tocava violão e fazia o acompanhamento, utilizando as cifras das músicas, e tocava com facilidade, sendo bastante participativo. Ele era incentivado a cantar, embora, a princípio, tenha evitado em função de apresentar dificuldades em pronunciar as sílabas, devido a ter adoecido, conforme comentou “tive um surto, no trabalho e acabei regredindo, fiquei igual criança” (Diário de Campo nº 5).

Outro usuário, de vez em quando, acompanhava tocando um pandeiro, revezando com outro companheiro de oficina, quando este comparecia. Havia poucos instrumentos disponíveis e, na época, não tinha aparelho de som funcionando no Centro nem com internet acessível para captar músicas.

Lauro gostava de participar da oficina. De início, era bastante concentrado, mais sério. Tocava o violão, mas não cantava.

[...] Fui me aproximando de Lauro, embora eu tenha dificuldade de entender o que fala, em função de haver “regredido a fala”, conforme me reportou, percebo afinidade em alguns estilos musicais, inclusive, começamos a conversar a respeito de certas músicas - ele conhece vários estilos e toca muito bem violão. **Mostrou-me algumas músicas que gosta, armazenadas em seu celular;** depois, conversamos sobre **como ele se sente em relação às músicas,** em tocar, participar da oficina. A responsável pela oficina sempre o incentiva, assim como os demais participantes. Lauro não falta. “Aqui sinto-me bem, faço o que gosto, sou respeitado, não tenho pressão, extravaso!” (Diário de Campo nº 7).

Em outra ocasião, já tínhamos um vínculo maior, mostrou-me algumas fotos de desenhos que fazia, as quais estavam na “galeria” de seu celular. Elogiei-os, pedi para vê-

los (Diário de Campo nº 9). Lauro os trouxe outro dia, vários deles, desenhava com muita expressividade, e além de criar músicas e estilos, existia nele um potencial criativo imenso, no qual utilizava a arte para se expressar (Diário de Campo nº 11). Acerca disso, Ruud (1990) comenta que na “música, talvez mais do que em outros campos de criação artística, a pessoa esteja apta a projetar os seus desejos mais profundos de maneira simbólica e torná-los, então, aceitáveis ao ego” (p. 38).

Em relação aos estilos de músicas a serem utilizadas, na oficina de canto muitos usuários escolhiam o estilo “gospel”, por haver uma grande influência de igrejas naquela região, como as evangélicas. Talvez também pelo fato de terem buscado, por vezes com sucesso, alívio de sintomas como depressão, desespero, ideação suicida, entre outros, nessas igrejas e aprendido esses cânticos, considerando-os, assim, os possíveis de serem cantados lhes conferindo, pela situação emocional em que se encontram, algum significado.

A esse respeito, evidencia-se uma letra muito escolhida por vários deles e, principalmente, por S. Augusto, o qual estava num período de profunda tristeza e gostava de cantar *Ressucita-me* (Diário de Campo nº 8), cuja parte da letra apresenta-se abaixo.

Mestre eu preciso de um milagre
 Transforma minha vida, meu estado
 Faz tempo que eu não vejo a luz do dia
 Estão tentando sepultar minha alegria
 Tentando ver meus sonhos cancelados
 [...]
 Remove minha pedra, me chama pelo nome
 Muda minha história, ressuscita os meus sonhos
 Transforma minha vida, me faz um milagre
 Me toca nessa hora, me chama para fora
 Ressuscita-me!!
 (FREIRE, Anderson, 2011)

Independente de crenças, religiões e afins, notava-se que por meio dessa letra, e da música que a acompanhava, muitos clamavam para serem transformados — “ressuscita-me”! — por estarem em profunda depressão, há tempos sem ver “a luz do dia”, muitas vezes perdidos, a espera de “um milagre”, em serem reconhecidos, em voltarem a sentir-se “vivos” e a se libertarem das “amarras da dor”, como muitos comentavam. Cantavam essa música com expressividade, cheios de emoção. Havia uma tendência em não quererem avançar para outras músicas, outras possibilidades, muitas vezes.

O respeito às diversas crenças é conversado com os participantes, assim como os diferentes gostos musicais, pois buscávamos respeitar as alteridades. Com o tempo,

incentivados a escolher outras músicas, e também a cantá-las, começam a lembrar daquelas que gostavam ou que gostam, a atribuir-lhes, novamente, significado e a deixarem expressar, por meio do canto e movimentos, desejos, alegrias e tristezas. Inclusive, surgem conversas e comentários a respeito daquela música, da época, e outros assuntos que podem eclodir, gerando trocas entre os usuários e vinculação, bem como a criação e recriação de si.

S. José sentava-se mais afastado por não querer cantar junto aos outros companheiros, mas também procurava cantar algumas frases de músicas nessa mesma linha.

Tenho percebido que S. José repete algumas frases das músicas, enquanto os demais cantam. Perguntei se ele gostaria de fazer “uma segunda voz”, em uma música escolhida pelo grupo e uma técnica do CAPS. Ele gostou da ideia e resolveu começar hoje! (Diário de Campo nº 35)

Assim, começou a participar mais, sem sentir-se excluído, fazendo o que dava conta no momento, aproximando-se aos poucos. No passar dos dias, pela oficina, foi se expressando mais, inclusive emitindo opiniões a respeito de algumas músicas.

Com frequência, percebíamos os efeitos colaterais de certas medicações nos usuários, incluindo as possíveis formas de alteração de comportamento, o que nos provocava a buscar formas de lidar com cada situação que se despontava. No decorrer dos estágios, fui compreendendo que essas medicações eram necessárias em determinados casos, concomitante à participação nas atividades inscritas no Projetos Terapêuticos de cada.

Certo dia, percebi S. José mais agitado, as mãos apresentavam-se bastante trêmulas, as medicações haviam sido alteradas, por prescrição médica, conforme a técnica de enfermagem havia me falado no dia.

S. José queria participar, mas não estava conseguindo mais cantar os trechos na segunda voz, propus que ele desse o sinal de início de cada música, os demais concordaram, assim, S. José, então, dava o comando de iniciação das cantorias, contando em voz alta – 1, 2, 3! fazendo, inclusive, um sinal, no momento de iniciar a música. Sentiu-se mais pertencente ao grupo e aceito, seu semblante mudou, o rosto ficou notadamente mais animado, distraiu-se um pouco das tempestades do dia-a-dia. Apesar dos efeitos colaterais e toda situação em que está passando, percebi que ele tem sentindo-se útil, acolhido, e com um “lugar” naquele lugar (Diário de Campo nº 38).

A música, por meio do canto, oportunizou a vontade de buscar novas formas de lidar com as adversidades, dando espaço à expressão por meio da ludicidade que permeia tal dinâmica. Todas as músicas que utilizávamos eram escolhidas pelos participantes da

oficina, e havia votação de quais iríamos usar na próxima semana. Em função dos desafios pelos quais o CAPS passava, não havia como imprimir, no local, as letras e cifras das músicas, e, portanto, eu assumi essa tarefa.

Sobre essa temática, Khouri (2016) inscreve a música como “uma linguagem altamente expressiva”, capaz de “provocar reações que nos levam a vivenciar diferentes estados emocionais” por acessar diversas áreas em que há registros de experiências das mais variadas fases da vida de cada pessoa. Essas podem se manifestar ao serem acessadas pelas emoções e memórias, “além de favorecer contato direto com nossos conteúdos inconscientes” (p.28).

Uma situação que surgiu, certa vez, foi a de uma senhora que se automutilava e sentia-se culpada por achar que estava naquele sofrimento psíquico por castigo, e então só aceitava cantar músicas que fossem da linha “evangélica”, em princípio. A respeito da culpa que sentia, essa foi narrada em um dia.

S. Marina mostra-se reticente em estar nesse espaço e haver outras músicas que não as evangélicas, das quais acha que são as únicas em que se pode cantar, e hoje, falou para mim, ao final da oficina, que se sentia assim porque estava sendo punida. A partir do meu olhar ela continuou, - creio que também pela convivência na oficina-, **sentiu-se mais confiante em prosseguir**, “fiquei loca porque Deus castigou, a pastora falou”, abaixou a cabeça, começou a apertar as mãos, com força. Falei a ela que ela poderia continuar a me contar o que lhe angustiava, se sentisse vontade; ela então me olhou, cheia de lágrimas e contou-me que havia abortado, ainda nova, em decorrência de uma gravidez, fruto de violência sexual que passou, após uma festa “mundana”; a mãe nunca soube. Tal fato ocorreu há muitos anos e nunca mais engravidou, havia casado 10 anos depois do episódio. Contou os detalhes do aborto e chorava bastante. Fiquei com ela, até sentir-se mais aliviada e fizemos alguns encaminhamentos. Comentou que não havia falado isso com ninguém além de algumas poucas pessoas da Igreja a qual frequenta e estava sendo culpada pelo que lhe ocorreu, causando-lhe diversos “problemas”, dentre eles, percebeu a automutilação (Diário de Campo nº 7).

Com a abertura proporcionada pela dinâmica descontraída da Oficina de canto, e, creio que, a partir da afetuosidade sentida, Marina foi se aproximando de mim e sentindo-se mais à vontade para externar o “segredo” que a estava “sufocando” há tempos, bem como o grande sentimento de culpa (Diário de Campo nº 8).

Na semana seguinte, encontrei com D. Marina assim que cheguei no CAPS. Após o almoço, estava retirando os materiais do carro e ela se ofereceu para me ajudar, segurando uma pasta contendo as letras das músicas. Enquanto eu retirava os materiais e, logo em seguida, assim que saímos andando, D. Marina se dispôs a continuar a conversa anterior e falou um pouco mais de sua vida (Diário de Campo nº 13). Já existia mais

familiaridade e afetividade na forma em que estava sendo acolhida, o que facilitou mais esse modo de aproximação (RESENDE, 2015, p. 241).

[...] D. Marina é oriunda de uma família em que não havia diálogo e mal conversava com sua mãe; o pai bebia muito, e ela ajudava a tomar conta dos irmãos; costumava a sofrer castigos por quaisquer problemas que acontecesse com eles e em outras diversas situações; tinha muito medo dos pais. Frequentava uma igreja em que se pregava uma moral baseada em ditames bastante antigos e era, igualmente, cobrada em manter-se ilibada, um exemplo a seus irmãos mais novos. Sentia-se culpada e achava que fazia jus ao castigo que lhe fora imposto por “ordem divina” (Diário de Campo nº 10).

Nesse recorte, a respeito do “justo castigo”, lembrei uma passagem de Foucault (2009) na qual, a meu ver, reflete um pouco a percepção pela qual Marina passou a ter de si a partir da projeção de seu meio, e “também ao mundo moral, que pertence à loucura do justo castigo. Ela pune, através das desordens do espírito, as desordens do coração. Mas tem outros poderes” (p.44). O autor cita tais poderes que poderiam instigar a punição, “o castigo que ela inflige multiplica-se por si só, na medida em que, punindo, ele mostra a verdade. A justiça desta loucura consiste no fato de que ela é verídica” (p. 44), pois conclui que o culpado “já experimenta, no turbilhão inútil de seus fantasmas, aquilo que será para todo o sempre a dor de seu castigo” (p.44).

Há situações em que as pessoas são culpabilizadas, principalmente as mulheres, por terem sido violentadas, ou abusadas, como na situação de Marina, mesmo após tantas lutas pelo respeito à mulher em diferentes partes do mundo. Uma das constatações que tive é de que há locais onde ainda se preserva uma cultura machista, entoada com outro nome e sob o lema de “moral, bons costumes e Deus acima de tudo”, sendo esse Deus aludido, punitivo, expressando-se pela fala do “homem de Deus” ou da “mulher de Deus” que “analisam” e imputam castigos aos ditos pecadores.

Tais “pecadores”, dadas vezes, não suportam o peso da culpa e da punição “moral” que lhes é imputada e adoecem. O adoecimento passa a ser “analisado” como mais um castigo divino, e, por conseguinte, a pessoa “deve” cumprir mais penitências, em um sofrimento que pode levar à automutilação, dentre outros, e até ao suicídio, conforme percebi ao atender e conversar com D. Marina e outros participantes.

A esse respeito, Lobosque (2003) pontua que o reconhecimento da própria culpa parece exigir o exercício da razão. Comenta, também, sobre a lógica tortuosa do chamado “tratamento moral”:

O louco, dizem Pinel e seus contemporâneos, não pode ser considerado culpado pelo que faz, posto que é louco; contudo, paradoxalmente, apenas a

assunção da própria culpa pode devolvê-lo ao mundo racional.” [...] Deste castigo, deve renascer a culpa - a culpa redentora que há de curá-lo, restituindo-o à condição de sujeito moral.” (2003, p. 146)

Não era raro escutar de alguns usuários do CAPS, por influência da igreja que frequentavam, ao ouvir outro usuário falando algo sobre, “Deus pode castigá-lo!” pelo que fez ou pretende fazer. Todas essas questões são acolhidas e conversadas nos diversos espaços em que tais situações emergem. Na oficina de canto já ocorreu e o respeito à diversidade sempre é buscado, em diferentes assuntos e busca-se ouvir a todos que assim desejarem.

O respeito à alteridade é conquistado, diariamente, na convivência dentro da Oficina. Há diferentes pessoas, oriundas de diversos contextos, carregando crenças e vivências que os influenciam em seus modos de agir e se relacionar. Acolher essa postura articula-se com o que Resende (2017) assevera, “respeito a alteridade, visando construir uma convivência fraterna” (p. 205).

Leiane, inicialmente sentou-se mais afastada, aparentava ter, aproximadamente, 18 ou 19 anos, e cobria uma parte de sua boca com um braço dobrado e, com o outro, o restante do corpo. Ficava de longe olhando a oficina, sem se manifestar. Aos poucos, fui conseguindo que ela chegasse mais perto, sem insistir,

perguntei à Leiane se gostaria de cantar com a gente, ela mexeu a cabeça que sim, ficou sentada, mostrei o papel com a letra da música que estávamos cantando, ela olhou, estava triste e calada, quase não ouvia a sua voz ao me responder. Olhei para ela, como se perguntasse se ela gostaria que eu ficasse perto ou não, e ela, com o olhar, ‘consentiu’. Sorri, fiquei cantando, ao seu lado, com a letra da música em um papel, o qual dividi com ela; depois deixei o papel com ela e fui para outro ponto, perto de outros participantes, mas observei-a, vi que ela começou a mexer os lábios, mas continuava com o braço dobrado, cobrindo parte da boca, um pouco encolhida e arqueada para baixo. Voltei até ela, sem papel e perguntei-lhe em que parte da música estava a cantoria porque eu tinha “me perdido”, ela apontou com a mão na parte da música, no seu papel, a que estava sobre a boca. **Dividiu o papel com a letra da música comigo e ficou ao meu lado, já emitindo algum som**; percebi que ela conhecia aquela música. Comentei a ela que gostaria de ouvir a sua voz, estava baixinho, se ela se importaria de cantar um pouquinho mais alto, ela o fez, mas a mão estava, ainda sobre a boca. Elogiei sua voz e o fato dela conhecer a música, ela disse que gostava. Estávamos sentadas. Senti que havia um pouco mais de confiança da parte dela (Diário de Campo nº 8).

Na outra semana, Leiane compareceu novamente, esboçou um sorriso pelo canto da boca, continuava encolhida com os braços dobrados sobre partes do corpo, incluindo o rosto.

[...] já havíamos começado, sorri quando a vi, sentou-se na cadeira que ela mesma buscou. Pegou a letra da música, sobre a mesa, fui a seu lado, ela emitiu

um pequeno sorriso, **falou em tom bem baixo, que, se eu quisesse, poderia dividir a folha comigo para eu cantar com ela, o que eu aceitei.** Fiquei ao seu lado por um tempo, e percebi que o som da sua voz, ao cantar, saía um pouco mais forte, elogiei-a, ela aparentou satisfeita mas, ao mesmo tempo, duvidando que tinha sido elogiada, repeti o elogio, confirmando-o, ela tirou o braço que cobria a boca, **soltou um pouco mais a voz, levantou mais a cabeça** (Diário de Campo nº11).

No próximo encontro, compareceu, mais uma vez ao final da oficina, enquanto arrumávamos o material, e se aproximou. Ao término desta, eu costumava ajudar a servir o lanche, no refeitório, e Leiane resolveu me acompanhar. Notei que suas pálpebras estavam inchadas, provavelmente havia chorado bastante. Percebi que gostaria de conversar, o que aconteceu, após eu servir o lanche e me aproximar.

Leiane costumava chorar bastante e se isolar, contou-me, nesse dia, que sofreu *bullyng* na escola, por muitos anos; criticavam sua voz e sua “boca torta”; sentia-se rejeitada pela família - composta pelo pai, um irmão e sobrinho, a mãe não morava com eles. Era muito importante para ela sentir-se confirmada e aceita. Chegou a me falar que só conversava com a assistente social, que era muito receptiva e responsável pela oficina de canto, e, agora comigo, pois **“sinto que posso falar com vocês”** (Diário de Campo nº 15).

Interessante observar que, nos percursos até a oficina ou depois, enquanto eu caminhava, estando junto a Leiane e, anteriormente, a D. Marina, pude ouvi-las de uma forma menos formal do que em um consultório, e ambas, em momentos distintos, sentiram menos resistência em falar a respeito de suas angústias, além de eu ter tido condições de dar continência ao que essas trouxeram. A esse tipo de atuação, Lancetti (2008) refere-se como a expressão “Clínica Peripatética”, sendo a palavra “peripatética” oriunda da escola filosófica de Aristóteles, em que se costumava “ensinar andando pelos jardins de Apolo” (p.15). Cita que Freud, igualmente, utilizou tal expressão referindo-se às sessões acontecidas “caminhando”, ou seja, em movimento (p.15).

Leiane trouxe a letra de uma música, me chamou, timidamente, disse que **gostava muito dela** e me entregou, estava copiada a caneta; perguntei se gostaria de falar a respeito, ela disse que não, que gostava da música porque **lembrava de uma época melhor, gostaria que cantássemos**; fiquei de digitá-la e imprimir-la para compartilhar com todos e cantarmos, numa próxima oportunidade (Diário de campo nº17).

Diante disso, Barcellos (2009) nos coloca que “o canto na promoção da saúde mental pode ser trabalhado de diversas formas, de acordo com cada objetivo terapêutico.” Assim, pode ser percebido com Leiane, por meio do interesse pelo canto e sendo acolhida em toda sua alteridade, que essa sentiu-se incentivada a participar efetivamente da oficina.

Cantamos “sua música” em alguns dias. No Sarau do CAPS, ao final do ano, apresentou uma dança com um amigo, e deu para notar que algo foi resgatado dentro de si, pois estava mais autoconfiante a partir do trabalho na oficina, regado de *atenção* e *afetuosidade*, bem como dos momentos em que participou de outras atividades no Centro.

Há momentos em que aparecem participantes em situação de crise. Conforme Amarante (2007), na perspectiva da atenção psicossocial e no contexto da saúde mental, a crise é compreendida como o resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros, sejam estes familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos. O autor pontua que a “crise” pode ser trabalhada na medida em que o sujeito é envolvido nas soluções e tratamentos construídos em comum acordo. No CAPS, por exemplo, fazendo parte do processo, não como paciente, mas sim como um potencial protagonista de sua vida, participando de atividades coletivas em seu território.

Certo dia, Leiane chegou mais atrasada que de costume,

[...] ficou sentada em um banco, isolada dos demais participantes da oficina. Percebi que estava com o uniforme sujo e triste. Chamei-a, mas ela continuou sentada, fui até ela; dessa vez não queria falar, olhou para mim e balançou a cabeça, notei que algo havia acontecido. Ela somente comentou que estava sentindo-se fraca e cansada. Perguntei-lhe se havia almoçado, balançou a cabeça que não. Quando ela estava em crise não se alimentava, fiquei com ela e convidei-a a conversarmos no refeitório, em uma mesa um pouco mais afastada, ao sair da oficina, pois eu ia ajudar na distribuição do lanche, ela concordou. Levei o lanche e fiquei com ela, então me contou que havia sido empurrada na escola, e caiu. Não gostaria que o pai ficasse sabendo, me contou um pouco mais de sua história, chorou. Conversamos sobre formas de lidar com tal situação e de enfrentamento possíveis. Sentiu-se um pouco mais aliviada, lanchou, mas ainda estava triste” (Diário de Campo nº 20).

No CAPS, busquei praticar o que alguns técnicos procuravam fazer, a fim de tentar evitar que a pessoa em sofrimento fosse embora sozinha, caso estivesse passando mal ou sem se alimentar. Conversávamos com ela e procurávamos chamar alguém de confiança, por meio de uma ligação telefônica, caso estivesse desacompanhada. Segundo Boff (2017), o cuidar implica a “com-vivência” e não o “domínio sobre”, “não é pura intervenção, mas inter-ação e comunhão” (p. 109). A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito.

Há ocorrências de usuários que chegam com alguns transtornos em estágio de maior comprometimento, dos quais não conseguem, às vezes, sequer ficar com a cabeça levantada, ou sentem-se mal. Assim sendo, no decorrer do meu percurso pelos estágios, transcorreram-se algumas situações, dentre as quais destacarei uma na qual a pessoa

estava indisposta e sentiu-se mal, necessitando ser acolhida e cuidada em função de convulsões, tendo que ser interrompida a oficina.

Conheci Heleno, 50 anos, no início do meu primeiro estágio no CAPS. Estava na “tarde de convivência”, do lado de fora, e conversamos muito a partir de um desenho que ele fez e me presenteou. Convidei-o a participar da oficina de canto e de outras atividades, assim, começou a participar. Em um dado dia, na oficina de canto, ele estava sentado, tentando ler e acompanhar a letra da música escolhida,

Notei que Heleno tirava os óculos e esfregava os olhos, fez isso algumas vezes, cheguei a pensar que ele não estava enxergando bem; ele se retirou e foi para um sofá, após uns instantes, outra usuária me chamou e disse com a voz trêmula: “acho que o Heleno tá passando mal”! Fui até onde ele estava, em uma poltrona, próxima aos consultórios, ele tremia muito; neste dia eu estava sozinha na oficina, pedi para um funcionário chamar um médico, me informou que não havia nenhum naquela tarde, pedi a enfermagem, veio uma técnica e me informou que de vez em quando ele apresentava tais convulsões “por causa da epilepsia”. Chamou o SAMU, serviço de emergência, enquanto isso, veio uma outra técnica e tratou-lhe com certa indiferença. A primeira técnica tirou seus documentos do bolso e colocou-os em um plástico, deixou separado, já o conhecia. Tratou-o melhor que a segunda. Em seguida, saíram todos e ele ficou sozinho, daquela forma, sentado e foi piorando, eu fiquei muito preocupada com ele que tremia muito, não conseguia mais falar, gemia, e parecia estar com pouco ar; decidi ficar com ele, tinha alguns livretos de “contação de histórias” que eu havia levado para uma outra atividade, pensei em abaná-lo com esses livretos, para aliviar sua falta de ar; perguntei-lhe, ele acenou que sim; comecei a abaná-lo e a conversar com ele, bem calmamente; foi se acalmando um pouco, sua respiração foi voltando a um ritmo um pouco mais tranquilo, **perguntei se gostaria que eu cantasse algo que pudesse, talvez, tranquilizá-lo, ele acenou com a cabeça, que sim, em meio aos tremores, “cantei” um mantra musicado em hebraico que aprendi há muito tempo, ele foi relaxando e fechou os olhos**, aquietando-se, tentei auscultar seu pulso e coração, com receio de que algo pior pudesse ter acontecido, mas vi que ele havia dormido, para minha surpresa. Senti-me mais aliviada. Quando o SAMU chegou, ficaram surpresos de encontrá-lo dormindo, pois ele nunca dormia quando acontecia isso, costumava ficar muito agitado, segundo informaram, expliquei o que fiz, enquanto ele estava sozinho pois poderia cair se continuasse da forma como estava. Eles acharam que foi positivo, fizeram alguns exames e o levaram até a ambulância para o hospital, fiquei o olhando, pensando em sua situação, sozinho. Soube que fora abandonado pela família em função de sua saúde mental e neurológica, morava em uma casa sem água, D. Rose, outra usuária o ajudava, indo lá limpar e lavar suas roupas, pegando água de uma vizinha (Diário de Campo nº 22).

Nessa situação, pensei o quanto é importante o uso da *atenção*, *sensibilidade* e do *respeito* para atuar nesses momentos, e a dificuldade em dar continência a tamanho sofrimento ao lidar com o inusitado, como o receio da pessoa piorar e não resistir a percepção de sua vasta solidão. Lembrei do que Boff (2017) comenta a respeito do “modo de ser cuidado”, o qual tem a ver com o “outro modo de ser no mundo”. Pontua-se que o “cuidar implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego

e repouso. Cuidar das coisas é entrar em sintonia com auscultar-lhes o ritmo e afinar-se com ele” (p. 109).

A música acabou sendo utilizada como um recurso, primeiramente, de aproximação, que o fez participar da oficina e, na experiência relatada, de relaxamento, uma vez que utilizei de um canto em forma de mantra, em uma situação inusitada, de emergência.

Outros aspectos que julgo importantes dizem respeito, novamente, aos modos de aproximação (RESENDE, 2015, p. 241), à *familiaridade* por ele já participar da oficina e já termos conversado anteriormente, havendo, assim, um vínculo e confiança estabelecidos, bem como a *afetividade* e *sensibilidade* — incluindo a *sensibilidade clínica*, já que ele sentiu-se totalmente confiante em relação às atitudes que eu sugeria realizar para com ele e diante dele, a partir do que eu percebia, sentia e buscava atuar diante da situação.

Resende (2015) ainda destaca que a “sensibilidade clínica desenvolve-se como a habilidade de reconhecer, a cada vez, qual é o momento para acolher, momento para reconhecer e o momento de interpelar, em uma posição de reserva ética que deixe espaço – e tempo – para que o outro seja” (p. 191). Isso posto, diferentes situações vão surgindo, constantemente, não havendo linearidade. “Fred acreditava ser ‘especial’, segundo havia comentado, certa vez, e só apreciava algumas músicas, além de manter-se distante e observando o ambiente. Tentei me aproximar algumas vezes. Não insisti, respeitei o momento, lembrei da “reserva ética” (Diário de Campo nº25). Estar aberto a acolher, com respeito, é importante.

Na semana seguinte, Fred compareceu, novamente,

Hoje aconteceu mais um fato interessante, ao final da oficina de canto, Fred foi assinar a lista de presença e me procurou, disse que era judeu e, por isso, **não podia** cantar outras músicas. Fiquei em silêncio momentaneamente e notei os dizeres que haviam em sua blusa, “**rock ‘n roll**”, ele percebeu quando olhei para ela, e, sem eu falar nada, me disse, “**é, mas eu gosto de rock**”. Falei a ele que respeitávamos todas as crenças e músicas escolhidas na oficina, nada era imposto, e ele poderia ficar à vontade, poderia participar, se quisesse, com alguma música que gostasse, por exemplo. Ele me falou que, certa vez, fez “uma música judia”, convidei-o, novamente, a retornar na próxima oficina e a me mostrar, se sentisse vontade de fazê-lo, eu iria gostar de conhecer a música (Diário de Campo nº29).

Saks (2011), ao citar Reik⁵ a respeito de “fragmentos musicais ou melodias que ocorrem no interior de uma sessão de análise” (p. 49), comenta: “nesse cantar interior, a voz de um *self* desconhecido comunica não só humores e ímpetos passageiros, mas, às vezes também um desejo repudiado ou negado, um anseio e um impulso que não gostamos de admitir para nós mesmos (...)” (p. 49).

Por algumas vezes, Fred ficou apenas nos observando, mas certo dia notei que ele começou a balançar a cabeça e os ombros, no decorrer de uma música, mesmo com o semblante fechado, mexendo os braços também. Um dos rapazes que estava tocando um pandeiro parou de tocar, e então perguntei a Fred se ele gostaria de ficar com o pandeiro. Ele aceitou e, para nossa surpresa, tinha muito ritmo e aparentava estar gostando, embora reclamasse algumas vezes que nossas músicas não eram boas. Com o incentivo de cantar uma música sua, resolveu fazê-lo: cantou “um rock”, e a letra não conseguíamos entender, mas não importava, no momento, era uma “outra língua” e, segundo Fred, era “judia” (Diário de Campo nº 33).

Hillman, (2002 apud KHOURI, 2016, p.28) pontua que “a música evoca sentimentos, e como toda forma de arte, une os opostos”. Khouri acrescenta, ainda, que esta pode ser “tratada como um símbolo” por carregar “um potencial profundo de comunicabilidade, criatividade e complexidade” (2016, p.28). Tivemos um avanço na comunicação e Fred estava conseguindo acolher seus gostos musicais, que antes estavam em oposição, e se permitir expressá-los. Em outra oportunidade, Fred levantou e pegou os “tacos” da bateria, não havia ninguém a utilizando, perguntei-lhe se gostaria de tocá-la, ele disse: “posso?”, eu acenei com a cabeça, dei um sorriso e lhe disse: “claro!”

Fred começou a bater nos pratos da bateria e foi “voltando” a tocar, percebi que ele, em algum momento de sua vida, já havia experimentado tocar algum instrumento de percussão e estava tendo oportunidade de reexperimentar. Senti que ficou mais relaxado, convidei-o a fazê-lo mais vezes, buscando incentivá-lo, porém, respeitando sua vontade. Nesse dia, **foi tentando acompanhar uma música que cantávamos**, do Tim Maia, por sinal, mas ainda falou que ela era “ruim”, porém, **estava participando, por vontade própria**, com ritmo, mostrando-se sintonizado no que estava efetuando e fazendo parte do grupo; **havia saído do banco em que ficava antes**, mais distante e sozinho. Ficamos satisfeitos com o ocorrido (Diário de Campo nº37).

Percebo a importância das atividades em grupo e a tentativa pelo fazer e expressar-se por meio do que se tem afinidade, além de mudanças de comportamento em alguns dos

⁵ Reik, Theodor. *The haunting melody*: psychoanalytic experiences in life and music.

usuários que fazem parte da “oficina do canto”, como em Leiane, quando retornou no outro semestre, sentindo-se incentivada a escolher músicas.

(...) hoje trouxe dez folhas impressas com uma música que gosta muito: *A vida do viajante, de Luiz Gonzaga*. Acenou para mim e entregou-me as folhas, dizendo que gostaria de que cantássemos essa música, se todos concordassem. Olhei para ela e ‘sorri com os olhos’, fiquei emocionada por vê-la tomar essa iniciativa, por ter conseguido acessar algumas dimensões que há muito não acessava. O olhar dela confirmava suas palavras. As pessoas que estavam ali, concordaram e cantamos a música, naquela hora. A forma de cantar o refrão foi um pouco alterada, de acordo com os sons emitidos; fui anotando para poder providenciar mais cópias, com essas inclusões das alterações, o que ela aceitou. Assim fiz (Diário de Campo nº88).

A seguir, destaco parte da letra da referida música:

A vida do viajante

Minha vida é andar, por este país
 Pra ver se um dia, descanso feliz
 Guardando as recordações
 Das terras por onde passei
 Andando pelos sertões
 E dos amigos que lá deixei
 Chuva e sol, poeira e carvão
 Longe de casa, sigo o roteiro
 Mais uma estação
 (GONZAGA, L.; HERVÉ, C., 1953)

A interessante letra dessa música me fez pensar nas trajetórias e dicotomias vivenciadas por cada uma das pessoas que lá estão; nos “sertões” pelos quais passaram — e passam; na distância em que se sentem de si — sua “casa”; na busca em se sentirem “felizes”. E isso me fazia sentir, cada vez mais, mobilizada em tentar contribuir, na medida do possível, para que essa oficina pudesse ser uma “estação” que lhes proporcionasse frutos, e que, simbolicamente, os ajudasse a “escrever” e vivenciar, cada um, o seu próprio “roteiro”, reencontrando os “amigos” que lhes forem significativos e fazendo novos. Enfim, retornarem às suas “casas”, reintegrando-se mais fortalecidos.

Conforme Barcellos (2009), a canção pode permitir uma revisão da realidade individual do sujeito, possibilitando, assim, um recriar da sua história, reescrevendo-a ou ressignificando aquilo que precisa ser revivido para ser elaborado. No decorrer da minha trajetória nessa oficina, à medida que os observava, os ouvia e participava, fui buscando formas de incentivá-los a tornarem-se mais ativos e auxiliá-los. Assim também fizeram os diversos profissionais que já participaram da oficina e se responsabilizaram por ela,

cada um de uma diferente área profissional. Saliento que, ao meu ver, o objetivo da oficina é terapêutico, tem um sentido, e não objetiva “treiná-los” para comporem tecnicamente um coral, por exemplo, embora ocorressem apresentações e vários deles gostassem dessa possibilidade quando estavam sentindo-se melhores, entretanto esse não era o fim.

Algumas participantes tinham dificuldades de se expressarem por meio da fala ou do canto, em função das vicissitudes pelas quais passaram, e/ou forçavam muito a voz enquanto cantavam, podendo ocasionar um esforço maior nas pregas vocais. Além do trabalho terapêutico que já realizava com os participantes, fui pensando em outras estratégias como “aquecermos a voz”, fazer alguns exercícios de articulação, respiração, autocuidado, antes e após a oficina. Eu já havia me matriculado em um “curso de canto”, à noite.

Isso posto, conversei com a responsável pela oficina sobre minha proposta e ela achou interessante, depois conversei com o grupo de usuários, e gostaram da ideia. Falei também com a supervisora do Estágio na faculdade, e ela, igualmente, incentivou-me e assinou uma ficha, na clínica da faculdade, solicitando pastas para distribuímos a cada um dos usuários para guardarem o material. Ao fazer o curso, conversei com a professora de canto e aprendi alguns exercícios, além de receber um material com várias dicas e explicações a respeito do aparelho fonador e respiratório. Assim sendo, pude criar uma pequena “apostila” contendo dicas de autocuidados, incluindo exercícios respiratórios e de proteção às pregas vocais.

Para além da voz, a respiração também é influenciada pelas intempéries que o ser humano passa. Sendo assim, era visível, no CAPS, a forma como alguns usuários respiravam, ora ofegantes, ora sentindo-se “sem ar”, sem vida! ou apresentando-se encolhidos, o que dificultava a respiração — um reflexo no corpo do sofrimento em que esse passava. “A vida depende, em absoluto, do ato de respirar. Como seres vivos neste planeta, respirar é o primeiro e também o último ato que aqui realizamos” (SAHADI, 2014, p. 21).

Levei as “apostilas” na outra semana, “ficaram muito satisfeitos, mas inicialmente houve um certo tumulto, estavam excitados em pegar as pastas, mas havia para todos”. Assim que cada um tomou posse de sua pasta, “escreveram seu nome na etiqueta que a acompanhava; aqueles com alguma dificuldade em escrever, nós os ajudamos” (Diário de Campo nº 45). A ideia das pastas era de terem um espaço, também, para guardarem as

letras das músicas as quais, constantemente pediam para levar para casa, contudo, acontecia, algumas vezes, de perderem.

A partir da entrega das pastas, na oficina de canto, iniciamos, então, alguns exercícios vocais antes e depois da oficina, sendo que já estávamos próximos ao final do ano, época do encerramento das minhas atividades de estágio. “Valéria trazia sempre sua pasta e fazia os exercícios, relatava sentir-se menos cansada ao cantar, inclusive estava evitando fumar um cigarro antes de ir para a oficina”, já que era um hábito que tinha quando saía de casa e caminhava até o CAPS. “Alguns participantes esqueciam as pastas em casa e acompanhavam junto a outro companheiro que não esquecia” (Diário de Campo nº 49).

Nessa altura, próximo ao final do ano, já havia um clima de mais descontração e autonomia dos participantes que haviam frequentado por mais tempo a oficina, bem como outras atividades no CAPS. Pensamos em propor músicas mais animadas que as habituais. Já havíamos alcançado algumas conquistas, tais como: se expressar por meio do corpo e da voz; não ficarmos somente sentados, levantarmos ao cantar, fazermos alguns exercícios, conversarmos sobre certas temáticas que surgiam por meio da música. O incentivo para tais conversas já ocorria, no início das oficinas, antes da minha participação.

Alguns participantes não ficavam mais com os braços cruzados, outros tiraram as mãos dos bolsos, foi um processo, cada um a seu tempo. Buscamos movimentar o corpo ao ritmo das músicas, naturalmente, deixando-nos levar, sentindo-as, na medida do possível, sem coreografias. “Movimentos musicais apresentam analogia com ritmos fisiológicos e psicológicos, articuladores de possibilidades que levam o indivíduo a se sentir muito mais intensamente” (SEKEFF, 2009, p.113). Veio a sugestão de cantarmos músicas mais animadas, várias opções de músicas surgiram, até que alguém sugeriu “Poeira”, de Ivete Sangalo, concordaram (Diário de Campo nº 53). Busquei a música e levei-a no outro encontro. De início ficaram um pouco tímidos, mas incentivamo-los e a maioria foi se “soltando”, incrível! D. Rose estava muito animada! (Diário de Campo nº 56).

No dia do Sarau do CAPS levei um amigo músico percussionista com alguns instrumentos, ensaiamos com ele em uma sala separada, e todos estavam bem animados. Fizemos uma apresentação, conforme já havia sido articulado pela equipe do CAPS, sem nos preocuparmos com a afinação. Cantamos quatro músicas, sendo a última a mais animada.

A responsável pela oficina, na época, também levou um amigo e este ajudou com mais um violão, junto à Lauro. Uma senhora que costumava usar bengala a retirou durante a apresentação, por vontade própria. D. Luana – que havia me falado, em outras semanas, “não adianta você falar nada para mim porque eu nunca vou cantar” — e D. Marina — a qual, no princípio, achava as músicas não religiosas, mundanas — participaram, cantaram e mexeram o corpo! Fred acompanhou com o pandeiro. O clima do CAPS ajudou muito nesse dia, estava em festa! A nossa apresentação foi uma entre várias outras atividades que ocorreram no dia, todas promovidas pelos profissionais do local.

Foi muito bom, me emocionou bastante, assim como a eles. Leandro, o qual havia conhecido no grupo vivências, em uma época em que não mais cantava e nem tocava violão, foi para a oficina de canto, ao final do ano, e voltou a tocar e cantar. No Sarau, cantou e tocou uma música, recheada de sentimentos. Foi muito elogiado e emocionou muitas pessoas que lá estavam (Diário de Campo nº 60).

Essa vivência coaduna com o que Barcellos (2009) pontua a respeito de uma das possibilidades do canto, por auxiliar na manifestação/expressão do que está guardado no inconsciente do indivíduo, propiciando a produção e expressão do sujeito, de acordo com suas experiências e gostos sonoro-musicais adquiridos ao longo da vida.

A partir desse dia, Leandro não parou mais de cantar e tocar, fazendo parte da oficina, inclusive, no outro semestre, e a tocar violão, período em que Lauro obteve alta, além de formar vínculos com outras pessoas (...) (Diário de Campo nº 62). Na oportunidade, fizemos, também, uma exposição dos desenhos de Lauro, que já havia separado os que gostaria de mostrar (Diário de Campo nº 63). Vale salientar que conversávamos sobre suas obras de arte e expressão, ao final de alguns encontros da oficina de canto, caminhando, sentados no pátio ou na parte externa da entrada do CAPS.

5.2.1.2 No embalo de Práticas Integrativas Complementares

Particpei de algumas atividades que faziam parte das denominadas Práticas Integrativas, entre elas, Ioga, Reiki, automassagem, dentre outras. As práticas de Ioga e Reiki eram realizadas por uma ONG parceira do CAPS, em que havia o coordenador e algumas voluntárias, assim como a minha preceptora e alguns técnicos da nossa equipe.

Inicialmente observei as práticas e comecei a participar, pois já tinha experiência em ambas e propus o uso da música, ao fundo, na prática de Reiki. Conversei com a preceptora, com o pessoal da ONG, analisando as diversas possibilidades e, por fim,

propus experimentarmos. Levei música própria para a atividade, com uma frequência adequada e sinais suaves de toques de sino que poderiam ajudar nas mudanças da impositação das mãos, já que uma aplicadora dava o sinal às demais a cada “troca”, e isso a deixava um pouco desconcentrada, além de ficar preocupada em olhar o relógio para esse fim conforme havia aprendido.

Outra situação que ocorria era o ruído causado pelo trâmite de muitas pessoas, incluindo funcionários, no local que era aberto e de passagem. Aconteceu de usuários levarem sustos durante a prática, e por isso ficavam um pouco agitados. A forma como acontecia a atividade, portanto, acabava destoando um pouco de seu objetivo.

Sobre o que vem a ser o ruído, Wisnik (2014) pontua:

“aquele som que desorganiza outro, sinal que bloqueia o canal, ou desmancha a mensagem, ou desloca o código. (...) O som é um traço entre o silêncio e o ruído – nesse limiar acontecem as músicas. (...) O som do mundo é ruído, o mundo se apresenta para nós a todo momento através de frequências irregulares e caóticas com as quais a música trabalha para extrair-lhes uma ordenação” (p. 35).

Havia possibilidade de uma maior harmonização que contemplasse a todos, por meio da música, com frequências mais suaves, e conversar com as pessoas a respeito da práticas e necessidade de um ambiente mais afinado com a proposta, foi o que aconteceu a partir do uso desse recurso.

Com a música suave, o desenvolvimento da prática do Reiki, foi muito positivo e fluiu de forma tranquila, pude observar alguns participantes se deixando levar pela música, como D. Marina, a qual **balançava suavemente o corpo, enquanto aguardava** sua vez de receber o Reiki. Percebia-se, igualmente maior concentração dos aplicadores, e maior harmonização, dentre outros aspectos (Diário de Campo nº 10).

Outra prática em que pude utilizar a música foi a de automassagem, embora eu não agia como facilitadora nessa atividade, mas havia uma técnica do Centro que a fazia. Eu havia participado de algumas atividades no CAPS com ela e, percebendo que poderia ser útil o uso da música, ao fundo, com vistas a auxiliar a conexão dos frequentadores com a atividade e vice-versa, propus à Susana, facilitadora, o seu uso.

No dia seguinte,

cheguei mais cedo do almoço e encontrei Susana. Essa me perguntou se eu havia trazido alguma daquelas músicas, “com frequências mais suaves”. Como não era dia de eu utilizá-las, não as havia levado. Estávamos sem internet para “buscar” músicas etc, mas eu tinha um aparelho de som no carro. Ela me chamou para acompanhá-la até sua casa para ver as músicas que tinha, acompanhei-a e escolhemos algumas, retornamos ao CAPS, ela disse-me que

havia pensado e iria utilizar a música e fazer chá de capim santo, achei ótimo; ligamos o som, pegamos o capim santo na horta, (ela era ótima em preparar alimentos e chás), fizemos o chá e uma nova “oficina”, naquele dia. Foi gratificante perceber os resultados positivos, com a música relataram que ajudou a **entoar os movimentos e o chá estava uma delícia**; percebemos as pessoas **sentiram-se mais acolhidas** (Diário de Campo n° 15).

Ocorreu, por vezes, de algum facilitador não poder comparecer e solicitarem que tomemos a frente de uma oficina ou um grupo, assim, surgia a necessidade de ir criando e recriando a partir de cada situação, conforme um dos exemplos abaixo:

Quando retorno do almoço, encontrei um grupo de pessoas esperando uma dada oficina em que a facilitadora não pode ir e não teve como avisar. Duas senhoras ficaram bem alteradas, por terem andado bastante e chegarem lá, não haver atividade. Procurei minha preceptora, ela estava ocupada e me perguntou se eu poderia fazer alguma atividade, lembrou do relaxamento que já tinha me visto fazendo, em outro momento. Voltei até eles, propus a atividade e eles concordaram, fui até meu carro, peguei o som, música, fizemos um círculo, e falei da proposta de atividade, o poderíamos fazer, perguntei qual tipo de música gostavam, mostrei algumas que tinha, com pássaros, sons da natureza etc, a maioria escolheu as com pássaros, assim, iniciamos a atividade de relaxamento. Achei incrível como participaram, ao final, convidei cada um, caso sentissem a vontade, falar sobre sua experiência naquela atividade, e falaram. Foram surgindo histórias da vida de cada e, nas trocas, alguns perceberam fatos em comuns ou passaram a conhecer melhor aquela outra pessoa que estava lá com eles, favorecendo as relações. Três delas comentou que a **“música dos pássaros” os ajudou a ir em “lembranças gostosas”, e a reviverem algumas experiências**. Foi gratificante! (Diário de Campo n° 20).

A partir desse dia, fui convidada a ficar nesse horário e realizar essa atividade, visto que a funcionária havia entrado de férias (Diário de Campo n° 21). A respiração também era percebida e ‘trabalhada’ no decorrer do relaxamento, ao som da música, em um ritmo suave, respeitando o limite de cada participante. “A respiração influencia e é influenciada pelo estado emocional em que nos encontramos (...)” (SAHADI, 2014, p.21).

As músicas com padrões vibratórios mais atenuados propiciam uma ação relaxante, tal qual um embalo de criança quando esta, ao confiar, deixa-se levar ao som maternal e descansa, conforme relatou Luzia: **“me deixei levar pela música, parecia que eu tava numa rede balançando, devagar, me deu até sono; depois, parecia um ninar, sabe? que nem aqueles de quando a gente era criança pequena (...)”** (Diário de Campo n° 22).

Nessas situações narradas, igualmente fiz uso dos *modos de aproximação, atenção, sensibilidade, afetuosidade e interesse mútuo*, conforme Resende (2015, p.240),

aliados à *observação*. Dessa feita, pude perceber o grande potencial terapêutico da música, nesses casos mais suaves, voltadas à essas atividades, com intuito de auxiliar no desenvolvimento mais harmônico das dinâmicas e maior bem-estar das pessoas que participavam, facilitadores e frequentadores.

5.2.2 Humor – descarregando e intercambiando afetos, sensações e relações

Por fim, enfatizarei experiências em que o humor se destacou. Tais experiências ocorreram na oficina de canto, conforme mencionado na apresentação dessa etapa de análise formal. O humor foi sendo utilizado espontaneamente, no decorrer dos dias e atividades, e os frequentadores começaram a sentir-se mais animados naquela oficina, inclusive a cantarem, portanto, foi um componente que notei ajudar muito por ter aspecto que enseje a informalidade e sirva como um mediador entre as pessoas e ela própria a si mesma. O intuito não era o de fazer rir por fazer, foi ocorrendo de forma natural e respeitosa.

Fui percebendo que a minha forma de conversar com eles, de “explicar” algum exercício, os faziam rir, segundo ocorreu no dia em que entreguei as pastas com a apostila contendo os exercícios para proteção das pregas vocais, dentre outros, na oficina de canto. “Uma certa informalidade no modo de se aproximar e estar junto também surge como facilitador (...) trata-se de *estar com* de uma forma autêntica” (RESENDE, 2017, p. 181).

Iniciamos com alguns exercícios vocais, porém, acabamos rindo mais do que fazendo todos exercícios, pois riam de mim ao tentar ensiná-los e ao fazer as “caretas” próprias de cada exercício; eu, igualmente, ri muito, ao vê-los sorrindo, e pela situação. Realmente foi engraçado, e um momento de muita descontração no qual, até algumas pessoas que assistiam começaram a rir, da mesma forma (Diário de Campo nº 46).

E, assim, no início de cada oficina, passamos a ter esse momento de descontração — e de exercícios, o que ajudou bastante, promovendo maior proximidade e continuidade na oficina. Cymrot (2013) considera que o continente interno pode ser estimulado por meio do humor espontâneo e respeitoso do analista, um instrumento que humaniza o sofrimento como um fator de expansão desse continente interno para a condição humana — e é possível quando há receptividade e disponibilidade, quando ambos podem se ouvir e se respeitar.

O clima ficou mais descontraído e os usuários sentiram-se motivados a participar, dar sugestões, votar nas músicas, conversar entre eles. Alguns frequentadores chegaram

a comentar que havia meses em que não sorriam, “tudo estava fechado em mim, não tinha vontade mais de rir, só chorar” (Diário de Campo nº 38). Um homem de aproximadamente 30 anos comentou que “não via graça em nada, mas agora estou vendo e até rindo!!” (Diário de Campo nº 59); outra senhora agradeceu e disse que ali se sente bem (Diário de Campo nº62). A vida de muitos é bastante difícil, há situações de muito sofrimento e, nesses momentos, com a oficina, vários usuários estão conseguindo relaxar e se integrar (Diário de Campo nº62).

Há pessoas que chegam até a Oficina bastante sérias, em virtude dos percalços em que atravessam. No entanto, com o tempo e participando da oficina, começam a se permitirem descontraír, espontaneamente, conforme D. Luana, a seguir.

D. Luana permaneceu com os braços cruzados, a maior parte do tempo e com um **semblante sério**, em um determinado momento em que a olhei, me disse que não gostava de cantar, inclusive, que não cantava “nem em casa!”. Salientou de antemão: **“nem adianta você tentar fazer eu cantar porque não vou cantar!”**, mesmo sem eu não ter falado com ela, ainda. Desejou ficar “quieta”. Mais uma vez, é respeitada cada situação que desponha no decorrer das atividades (Diário de Campo nº22).

Certa vez a vi acompanhando uma música e, com o passar dos encontros, cada vez mais descontraídos, “começou a conversar com os demais companheiros da oficina, **esboçando sorrisos e apresentando-se com uma feição mais leve**, além de ser frequente, inclusive **apresentou-se no sarau, bem animada, junto com o grupo**” (Diário de Campo nº 29).

Segundo Sanford (2014), o humor também é visto como parte da personalidade da “sombra”, termo utilizado por Jung para denominar aspectos não conscientes que muitas vezes são contidos em função da cultura, educação, religiosidade, entre outros, e o “riso faz com que a sombra seja liberada sem perniciosidade” (p. 69). O autor assinala, ainda, que o “humor expressa muito das nossas emoções subjacentes, inferiores ou temidas” (p. 69).

Com o tempo, os sorrisos foram acontecendo, despretensiosamente, a partir alguma situação que achávamos engraçada, tal como a narrada a seguir: S. Paulo costumava ficar bem sério, observando as pessoas. Já havia tentado me aproximar dele, e incentivá-lo a participar da oficina, ele dizia não conhecer muito de músicas, porém, sua feição foi mudando com o passar dos dias. Em um dos encontros,

[...] em dado momento, enquanto eu cantava, juntamente com o grupo, fui caminhando até S. Paulo, sorrindo, **e dessa vez ele sorriu**, disse-me que tinha uma música, convidei-o a se aproximar, ele veio mais animado, levantou do banco, foi até meu lado e falou, “já sei uma música!! a da jardineira! vamo cantá ela! é alegre! Lembro dela, dancei essa música já!”, S. Augusto retrucou, imediatamente: “ahhh, essa música não é do meu tempo não!!”; convidei-o a tentarmos, ele aceitou, com certo descaso. Falei a todos, “vamos ver quem conhece?” os outros participantes fizeram sinal que sim. Havia notado que alguns gesticularam os lábios, quando o S. Paulo citou a música, tinham semblantes de que a conheciam, e já a cantaram em algum momento na vida, mesmo sendo uma música antiga. Encorajei o S. Paulo a começar a cantar, disse-lhe que tentaríamos acompanhá-lo e ele começou. Foi incrível!, várias pessoas acompanharam, inclusive o S. Augusto. **Ao final, todos riram, inclusive ele, ao lembrar que já havia cantado essa música e contou a ocasião de sua vida em que tal fato ocorreu, sorrindo!** (Diário de Campo nº 60).

Tal acontecimento vai ao encontro da asserção de Cymrot (2003): “achar graça de si, sem se desvalorizar, aponta para um aspecto criativo que permite ao indivíduo acolher aspectos de si mesmo, antes não reconhecidos, aceitos” (p.183).

S. Augusto percebeu que ele, também, conhecia a música, assim como os demais, mesmo tendo falado anteriormente que não era do seu tempo, o que o fez rir bastante ao final. A partir desse dia, toda vez que ele chegava na oficina, sorria e todos sorriam para ele (Diário de Campo nº 62). “Ter senso de humor é dispor de uma perspectiva simbólica que faz o sujeito rir de si mesmo e dos demais, gerando prazer e aliviando a dor” (SLAVUTZKY, 2014, p. 81).

5.2.3 Campo das saudades

Não poderia deixar de mencionar a D. Rose, senhora de aproximadamente 67 anos que participava de várias atividades no CAPS. Conheci-a na “tarde de convivência” em que foi participar da oficina de canto, onde comentou ter se encontrado, e com o passar do tempo foi se soltando, levantando, cantando, se mexendo e dançando. Também começou a sorrir mais, e adorava participar, conforme relatava.

Gostava de ajudar as pessoas que podia, como o S. Heleno, a Margarida, que tinha alguma limitação para locomover-se, em função do peso, a Daiana, que estava bastante impregnada por medicamentos e com dificuldades em manter-se de pé e falar; assim como diversas outras pessoas. A esse respeito, Resende (2015), ao citar Birman, pontua que “a solidariedade é, para Birman (2000), desdobramento, nas relações humanas, da ética da fraternidade. Mas a fraternidade é um estado efêmero que exige esforço, podendo-se prolongar ou dissolver a depender do desejo dos sujeitos implicados” (p. 113).

Outro aspecto importante, era o receio de ter que ir embora do CAPS, considerava-o extensão de sua casa, porém, já havia recebido alta. Ao longo do primeiro período de estágio, D. Rose conversava comigo, após ou antes da oficina de canto; na hora do lanche, ou do lado de fora do CAPS, quando eu chegava ou estava indo embora. Certo dia me falou de seu passado,

D. Rose contou-me que, há muitos anos, havia sido internada em um hospital psiquiátrico no norte do país, por alguns meses. Relatou-me que chegou a tomar eletrochoques para “acalmar” e que “foi horrível”. Nesse momento seus olhos encheram-se de lágrimas. Comentou que tinha “mania de arrumação”, e “ficava agoniada por vezes”, mas não se considerava “louca” como lhe diziam no hospital. Já em Brasília, após alguns anos, relata ter passado por certas crises, e, por fim, foi encaminhada ao CAPS onde sentiu-se bem melhor; gosta de ajudar os demais, de sentir-se “útil”. Já recebeu alta, mas não quer deixar de ir para lá, gosta das pessoas, de algumas atividades, além de participar da oficina de canto e de conversar. Comentou, “rio muito e tenho me soltado mais, até dançado”, algo que alega não fazer há muito tempo, com disposição. Falou, ainda “gosto muito de você!, vou sentir sua falta, da sua risada, do seu jeito de falar com a gente!”, concluiu “é uma bênção!” (Diário de Campo nº 8).

Nos aproximamos bastante, ao longo do meu primeiro estágio, conversávamos sempre que havia oportunidade. Foi muito gratificante vê-la deslanchando-se, cantando músicas animadas, dançando por vontade própria, se redescobrando no decorrer da oficina de canto. No dia do Sarau, ao final do primeiro estágio, ela estava radiante, participou dos ensaios e dançou abraçada comigo em alguns momentos. Quando eu retornei, em outro estágio, no mesmo CAPS, ela não se encontrava mais, havia sido convidada a se reintegrar na sua comunidade. Senti um misto de saudades e preocupação em saber como ela estaria. S. Heleno, que continuava a frequentar a instituição, confidenciou-me que também sentia muita falta dela, comentou que, apesar da idade, ela o ajudava muito, lavando sua casa (Diário de Campo nº 40).

D. Rose costumava me agradecer, no entanto, acho que eu que devo lhe agradecer, aprendi muito com ela, a perseverança, a simplicidade, humildade em saber que também se precisa do outro, a solidariedade e a tamanha sensibilidade que tinha em perceber um pouco do que cada um dos frequentadores estava passando, características que, ao meu ver, destacavam-se nela, além do altruísmo, e, portanto, das presentes disponibilidades afetivas.

5.3 Reinterpretação

Nessa etapa final, em cada categoria (música e humor) reflito a respeito dos aspectos que chamaram atenção no decorrer da análise referentes às minhas experiências registradas em diários de campo. Em seguida, pontuo o que percebi estar em comum às duas e, por fim, discorro a respeito de como fui afetada no decorrer do estágio na área de saúde mental, no CAPS, conforme as experiências narradas e relações estabelecidas.

A partir da sensibilidade clínica e afetividade mútua (sobressaídas em todas atividades de ambas categorias), pode-se estabelecer uma relação cuidadosa, acolhedora e afetuosa propiciadoras do desenvolvimento das atividades em que a música e o humor puderam ser utilizados como recursos terapêuticos.

Na categoria “música”, pode-se perceber como, por meio do canto, diversas pessoas puderam se expressar e experimentar diferentes emoções, inicialmente de forma mais tímida e, com o passar do tempo, de forma mais descontraída e “soltando” a voz. Começaram a se reerguer, levantando-se, mexendo o corpo, sentindo a música e a expressando, cada um a seu modo, pois todos eram respeitados dentro de suas possibilidades, ao tempo em que eram incentivados.

Foi possível notar a música sendo utilizada como um recurso de aproximação por ser atrativa, possuir ritmos e uma linguagem expressiva, além de ser notada como “matéria-prima do canto”, o que lhe confere a condição de agir como um veículo de expressão, possibilitando o acesso à conteúdos mais internos da psique e promovendo ligações entre o consciente e o inconsciente, agindo, dessa forma, como um “Psicopompo⁶”. Com o uso da música de forma terapêutica, pode-se perceber que esta foi capaz de instigar movimentos, envolver e embalar os participantes em experiências dinâmicas e criativas, promovendo conexão de si com o meio. Portanto, pode-se inferir que “a música é tratada como uma força que move o processo e o combustível da experiência interna” (KHOURI, 2016, p.31).

Foi possível também reconhecer a música e o cantar como recursos terapêuticos, igualmente, por ter propiciado a boa parte dos participantes reflexões sobre novas formas de lidar com as adversidades, facilitando a expressão de forma lúdica, além de instigar o estabelecimento de vínculos; promover a descoberta de novas atuações, gerar prazer e

⁶ “Um intermediário entre a consciência e o inconsciente, e uma personificação do inconsciente” (Jung 2011, op cit Khouri, 2016)

relaxamento. Nas subcategorias percebeu-se a música suave como um excelente recurso utilizado ao fundo das atividades para favorecer o relaxamento; conexão com as dinâmicas propostas; autocentramento, expressividade; concentração e novas ressignificações.

Na categoria “Humor”, destacou-se a descontração possibilitada a partir do surgimento do humor, a redescoberta do prazer apesar do sofrimento/alívio da dor; relaxamento; aproximações; socialização/trocas entre os participantes; fortalecimento de vínculos; autoconhecimento; o achar graça de si, sem se desmerecer; o aumento da tolerância frente à frustrações; e expressão de emoções. Isso posto, pode-se depreender que o humor é um recurso terapêutico por agir como um instrumento que é capaz de humanizar o sofrimento, quando utilizado de forma espontânea e respeitosa, conforme assinala Cynrot (2003).

Foi observado, igualmente, que o humor auxiliou em diminuir o julgamento moral, o rigor, as distâncias de si e entre os demais companheiros de oficina. A melhora da qualidade relacional, contribuindo para maior estabelecimento de vínculos, ocorreu a partir do humor, coadunando com Cynrot (2003) quando essa comenta, a “qualidade da nova emoção, que surge a partir do humor, colore a relação e o vínculo predominante” (p.184).

Alguns aspectos perpassaram todos os tópicos referentes às experiências, nas duas categorias e subcategorias, tanto com a música, quanto com o humor. São eles: os modos de aproximação, *familiaridade, gentileza/afetividade, informalidade, algo em comum, sensibilidade e interesse autêntico*, citados por Resende (2015, p.240). As dimensões de cuidar, a saber, *estar com, fazer junto e deixar ser*, conforme assevera Resende (2015, pp.185-189), destacaram-se por estarem presentes em diversos momentos das atividades, envolvendo a música, e onde o humor se manifestou, buscando haver uma “disponibilidade afetiva”, respeitando *o tempo do outro* para que se emerja, independente do estado mental em que cada um se encontrava (p.190).

Um outro aspecto que pode ser apreendido, a partir das vivências e análise das experiências, foi a percepção da Oficina do Canto, cenário da maioria das experiências narradas, como como um grande continente, por abrigar, acolher com amorosidade e transformar. Por fim, ressalto o quanto fui tocada ao adentrar no mundo da “saúde mental” e perceber tamanha dimensão e profundidade de saberes que se embrincam em uma perspectiva de dar luz e voz a quem necessita ser ouvido e respeitado em sua natureza

humana, repleta de potencialidades e direitos. Creio ter me tornado mais uma agente na busca por mudanças e parceira do necessário processo de desinstitucionalização.

Meu último dia de estágio foi emocionante, percebi e senti o carinho das inúmeras pessoas que, apesar de já terem passado por tantas agruras, possuem uma imensa capacidade de amar e de serem receptivos à afetividade, à busca por viver! Já repleta de emoção, na saída do CAPS, nesse último dia, vim dirigindo, pela longa estrada até em casa, trajetória que foi cúmplice das tantas idas e vindas (no decorrer do estágio e um pouco depois), recheada de pensamentos, por vezes embalados de ideias, vontade e criatividade, e outras por ansiedade, fome, cansaço. Assim, fui produzindo mentalmente uma retrospectiva, e fiquei muito tempo pensando em cada uma daquelas pessoas que conversei naquele dia, além das que não estavam mais no CAPS.

Pensei nos inúmeros dias em que passei por lá, na confiança, no carinho e vínculo que foi sendo criado e percebido, tão claramente, neste dia. Nas histórias contadas; nos choros, sorrisos e gargalhadas, que foram brotando ao longo do tempo; no humor que embalou vários encontros, espontaneamente; na percepção do gosto pela música, e nas possibilidades que ela pode alcançar — vistas e sentidas nas inúmeras reações das pessoas de lá, bem como nas minhas, ao longo de nossa jornada, naquele local. Recordei os acolhimentos e atendimentos que fiz, as diversas outras atividades em que participei, as preocupações e dificuldades que enfrentei, bem como o fato de que, também, pude utilizar bastante do que eu havia aprendido na vida e, provavelmente, não tinha me dado conta. Pensei nas supervisões e nos mais variados aprendizados nesse estágio, os quais levarei para sempre comigo e me embasarão em diversas atividades, não somente na área da Psicologia.

Dessa forma, em um misto de satisfação e saudades, chegando em casa, escrevi meu último Diário de Campo, iniciando com a lembrança de Suassuna.

Eu gosto é de gente doida!

Meu pai quando era governador, construiu um hospício e colocou o nome do maior psiquiatra brasileiro da época.

No dia da inauguração, muito orgulho da obra que tinha feito, meu pai chegou lá, os médicos todos de branco e entraram os doidos com uns carrinhos de mão que haviam sido adquiridos pelo governo pra iniciarem a tal psicoterapia pelo trabalho.

Um dos doidos estava com o carro de mão de cabeça pra baixo. Aí meu pai chamou ele e disse. “Olha, não é assim não que se carrega, é assim...”

E o doido respondeu, “eu sei doutor, mas é que se eu carregar de cabeça pra cima eles colocam pedra dentro pra eu carregar”.

Não era um doido, era um gênio de uma cabeça formidável!

(Ariano Suassuna)

Lembrei dessa fala de Ariano Suassuna e assentei-a aqui, pois, assim como ele, eu também gosto de “gente doida”!

Na emersão - de suas falas, dos olhares, dos silêncios, dos gestos - todos esses transbordando sentimentos, percebo tanta verdade e testemunhos de vida. Em seus olhares, nossa..., tantas vezes, ‘enxerguei’ gritos internos que cansaram de se calar, mesmo que não conseguissem mais ser verbalizados; vontade de viver!! apesar de tentar acabar com a própria vida; desesperos, escorrendo pelas lágrimas ou petrificados em seus corpos, causando dores infindas; vida pedindo socorro para se desprender, potenciais maravilhosos aprisionados, querendo - e podendo se revelarem! Quantas histórias e estórias abrigadas em cada um, contendo suas singularidades e complexidades. Sinto que há muito a aprendermos com eles, igualmente, há muito o que podemos fazer por eles, com eles; desmascarando-nos da “sábua” normalidade, sorrindo com o coração, atenção e reverência, para a vida de cada um; cantando, silenciando, celebrando; ouvindo suas falas, seus sons, cantos, silêncios, olhares, gestos, acolhendo, assim, sim! Metaforicamente, conseguimos tocar ao som do humor e ao sorriso da música, possibilitando algumas parcelas de resignificações e revificações, de acordo com as ressonâncias individuais e conjuntas dos participantes. Estarão todos, sempre, dentro do meu coração! (Diário de Campo nº 64)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho abarcou a temática “música, humor e saúde mental – possibilidades terapêuticas” a partir da experiência da autora em uma oficina de canto e em atividades relacionadas às práticas integrativas complementares à saúde, em um CAPS.

Frente à análise da experiência concreta a respeito da utilização da música e do humor, de forma espontânea e respeitosa, no contexto do CAPS, e da revisão literária, foi possível reconhecer a importância da afetividade mútua e da sensibilidade clínica como facilitadores de aproximação junto aos usuários, bem como diversas possibilidades terapêuticas por meio da música e o humor. Nesse sentido, a utilização de ambos foi observada como um possível recurso terapêutico, aliado a estar disponível afetivamente e sensível para com os usuários, ofertando-lhes, porquanto, atenção ao mesmo tempo *estando com eles/fazendo — ou, não fazendo com eles* — as atividades que escolhiam, conforme Resende (2015, p. 185).

A oficina de canto, palco da maior parte das atividades narradas, teve uma “função continente”, que abarcou, conteve e transformou diferentes conteúdos que emergiam no decorrer dos dias, sendo assim, percebida pela autora como similar a um “Temenos”.⁷

No cenário do CAPS, encontram-se pessoas em sofrimento psíquico que, por vezes, não conseguem se comunicar por meio da fala e apresentam dificuldades em se relacionar com os demais, devido às diversas vicissitudes pelas quais já passaram ou passam, apresentando-se, em algumas situações, rígidas, fechadas, tristes e sem sentirem perspectivas de melhoras.

Com a participação no CAPS, de acordo com o Projeto Terapêutico realizado em comum acordo com cada usuário, alguns deles vão participar na oficina do canto e/ou de outras atividades, incluindo as das Práticas Integrativas. Com o tempo, percebeu-se que vários desses foram sentindo-se acolhidos e, pelas reações positivas, por meio de suas manifestações no decorrer das conversas e atividades relatadas, pode-se notar que ambos — música e humor — “tocam” a subjetividade de cada participante e favorecem a expressão e ressignificação de conteúdos da psique, além de auxiliar na auto expressão e aproximação/criação de vínculos, inclusão, socialização, reconhecimento de si, aceitação,

⁷ “Espaço físico seguro e protegido (...), continente receptivo” (KALFF, 1980, op cit KHOURI, 2016, p.31).

descontração, relaxamento, independência, podendo favorecer a geração de novos sentidos.

Reconhece-se, a partir dos resultados apontados das experiências narradas, no presente trabalho, a relevância da música e o humor como recursos terapêuticos, acompanhados de afetuosidade e de sensibilidade clínica por parte do terapeuta. Há possibilidade, desse modo, que tais recursos sejam utilizados de maneira sensível, ética, respeitosa, afetuosa e responsável, de acordo com cada contexto, singularidades e ritmos pessoais dos participantes. Com isso, podem ser agregados à psicologia, no âmbito da saúde mental, como alternativas da prática clínica, por serem importantes como mediadores e promotores de simbolizações significativas, capazes de acessar sentimentos, resgatar histórias e trabalhá-las, se assim desejar.

Assim sendo, tais práticas coadunam com diversos aspectos éticos, políticos, culturais e sociais apregoados, historicamente, na pertinente — e ainda necessária — luta pela desinstitucionalização dos serviços de saúde mental e nos próprios objetivos do CAPS, conforme mencionado na introdução. Sugere-se, portanto, o desenvolvimento de mais pesquisas nessa seara, fazendo uso da música e do humor, incluindo a possibilidade de serem trabalhados com os profissionais de saúde, que tanto necessitam de um olhar cuidadoso e afetuoso por lidarem nesse campo repleto de desafios e potencialidades, o da Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

_____. Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANTUNES, Arnaldo. **Não vou me adaptar**. 2007. Disponível em: <<https://www.lettras.mus.br/titas/48986/>> Acesso em: 27 fev. 2018.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. Vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do país. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado. **O Alienista**. Obras Completas. Rio de Janeiro: Companhia José Aguilar, 1971.

BARCELLOS, Lia Rejane Mendes. **A música como metáfora em musicoterapia**. Tese (doutorado). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, UNIRIO, 2009. Disponível em: <www.unirio.br/ppgm/arquivos/teses> Acesso em: 10 fev. 2018.

BARENBOIM, Daniel. **A música desperta o tempo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BARRETO, Kleber Duarte. **Uma proposta de visão ética no acompanhamento terapêutico**. In Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital-Dia. A Casa (Orgs.). **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997, p. 240-268.

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa**. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

_____. **A instituição negada**. Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASTOS, Othon. Primórdios da psiquiatria no Brasil. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Rio Grande do Sul, v.29, n.2, p. 154-155, 2007.

BAUMAN, Zygmunt; DONSKIS, Leonidas. **Cegueira moral**. A perda da sensibilidade na modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

BERGER, Peter L. **O riso redentor**. A dimensão cômica da experiência humana. Petrópolis: Vozes, 2017.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRANDÃO, Junito de Souza. **Mitologia grega**. v.2. Petrópolis: Vozes, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Glossário temático**. Práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.588 de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS, 2005. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>> Acesso em: 10 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017**. Estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério dos Direitos Humanos. Conselho Nacional de Direitos Humanos. **Recomendação n. 3, de 31 de janeiro de 2018**. Dispõe sobre a revogação da Resolução n. 32/17 e da Portaria n. 3.588/17, do Ministério da Saúde, que alteraram a Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

_____. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/>> Acesso em: 8 ago. 2018.

CYMROT, Paulina. **Ninguém escapa de si mesmo**. Psicanálise com humor. Rio de Janeiro: Casa do Psicólogo, 2013.

COUTINHO, D.M.; Mattos, A.; Rabelo, A.; Pereira, N. **Um manual para o CAPS**, Centro de Atenção Psicossocial. Série Saúde Mental Neuropsiquiatria. UFBA, 2006.

CUNHA, Antônio Geraldo. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexicon, 2010.

DEMO, Pedro. **Avaliação qualitativa**. São Paulo: Cortez: Autores associados, 1988. Coleção polêmicas do nosso tempo, 1941.

_____. **Pesquisa e informação qualitativa: Aportes Metodológicos.** São Paulo: Papyrus, 2001.

DREHER, Sofia Cristina. **A canção: um canal de expressão de conteúdos simbólicos e arquetípicos.** Psicologia Argumento, Curitiba, v. 23, n. 42 p. 55-63, jul./set. 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FIERZ, Heinrich Karl. **Psiquiatria Junguiana.** São Paulo: Paulus, 2015.

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. **A metapsicologia do cuidado.** Psyquê. Ano XI, n.21. p.13-30. São Paulo, 2007.

FILHO, Arthur Pinto. **Novos caminhos da saúde mental e da atenção às drogas no Brasil.** In: PLENÁRIA TEMÁTICA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). São Paulo, mar. 2018. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/pdfs/eventos/eve_15052018_15083_Arthur> Acesso em: 28 set. 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 1989.

FORSTER, Susan Christina. **Música e humilhação.** São Paulo: Edgar Blucher, 2011.

FREIRE, Anderson. **Ressucita-me.** Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/aline-barros>> Acesso em: 10 set. 2017.

FREUD, Sigmund. **Os Chistes e sua relação com o inconsciente.** Rio de Janeiro: Imago, 1969.

GONZAGA, Luiz; HERVÉ, Clodovil. **A vida do viajante.** 1953. Disponível em: <<https://www.letras.mus.br/luiz-gonzaga/82381/>> Acesso em: 23 ago. 2017.

HOLLIS, James. **Os pantanais da alma.** Nova vida em lugares sombrios. São Paulo: Paulus, 2006.

HOUAISS. **Dicionário de língua portuguesa.** Instituto Antônio Houaiss. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JUNG, Carl Gustav. **Psicogênese das doenças mentais.** 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____. **Símbolos da transformação.** Petrópolis: Vozes, 1986.

KAVAMOTO, Patrícia. **Hospital São Vicente de Paulo comemora 38 anos.** Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/hospital-sao-vicente-de-paulo-comemora-38-aniversario/>> Acesso em: 4 set 2018.

KHOURI, Roger Naji El. **A música no setting analítico criativo: emoções, símbolos e autorregulação psíquica.** Cadernos Junguianos. n.12, p.26-36. São Paulo: Associação Junguiana do Brasil, 2016.

LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

_____. **Experiências da loucura**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LUIZ, Leonardo. **Música no divã: sonoridades psicanalíticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MARTINS, Daniela de Carvalho e Souza. **Arte-terapia e as potencialidades simbólicas e criativas dos mediadores artísticos**, 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Belas Artes, Lisboa, 2012.

MERHY, Emerson Elias. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores**. In: MERHY, E.E.; AMARAL, H (Org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild. p. 55-66, 2007.

NOGUEIRA, Tiago Sanches. **Ensaio sobre um infinito, música e psicanálise**. São Paulo: Zagodoni, 2013.

OLIVEIRA, A.G. B, VIEIRA, M. A. M. V., & ANDRADE, S. M. R. **Saúde mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial**. São Paulo: Editora Olho d'Água, 2006.

OLIVEIRA, Filipe Guterres Venâncio Costa; CARVALHO, Maria Alice Pessanha; GARCIA, Margareth Rose Gomes; OLIVEIRA, Simone Santos. **A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 16 fev. 2018.

PEIXOTO, Geraldo. Algumas considerações, com um pouco de história familiar, sobre a relação entre a loucura, a ética e a política no âmbito da saúde mental. In: **Loucura, ética e política: escritos militantes**. Conselho Federal de Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. Cap. 10, p. 66-70.

PITTA, Ana. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016.

RESENDE, Tania Inessa Martins de; COSTA, Ileno Izídio da. **Saúde Mental. A Convivência como estratégia de cuidado. Dimensões ética, política e clínica**. Curitiba: Juruá, 2017.

_____. **Eis-me aqui: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental**. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Brasília, 2015.

RIBEIRO, Alessandra Monachesi. **Em busca de um lugar**. Itinerário de uma psicanalista pela clínica das psicoses. São Paulo: Via Lettera, 2007.

RIBEIRO, Mariana Mollica da Costa. **O R.I.S.O. na clínica das psicoses**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2006.

ROSSATO-BENNETT, Michael. **Alive inside**. A story of music & memory featurette, Documentary HD. Sundance Film Festival. EUA. 2014. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=81aCEdUknpA>> Acesso em: 20 abr. 2018.

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo; Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA, Benilton Jr; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício**. 1ª edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, p. 40-55.

_____. Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra Via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana (Orgs.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 16-60.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A parte obscura de nós mesmos**. Uma história dos perversos. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

RUUD, Evan. **Caminhos da musicoterapia**. São Paulo: Summus, 1990.

SACKS, Oliver. **Alucinações musicais, relatos sobre a música e o cérebro**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SAHADI, Anna Paula. **O caminho natural da voz**. Método de canto com enfoque terapêutico. São Paulo: Alfabeto, 2014.

SANFORD, Jhon. A. **Mal, o lado sombrio da realidade**. Col. Amor&Psique. São Paulo: Paulus, 2014.

SEKEFF, **Música, estética de subjetivação**. São Paulo: AnnaBlume, 2009.

SCHURMANN, Ernest. **A música como linguagem**, uma abordagem histórica. São Paulo: Brasiliense, 1989.

SILVA, Raquel Siqueira. **Conexões musicais, musicoterapia, saúde mental e teoria ator-rede**. Paraná: Annris, 2015.

SILVA, Marcus Vinícius de Oliveira. **O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares**. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

SILVEIRA, Nise da. **Imagens do inconsciente**. Petrópolis: Vozes, 2015.

SLAVUTZKY, Abrão. **Humor é coisa séria**. Porto Alegre: Arquipélogo, 2014.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. São Paulo: Rios, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010.

VICENTE, Maria de Fátima. **Psicanálise e música, aproximações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

ROSENHAM, David L. A sanidade num ambiente doentio. In: WATZLAWICK, Paul (org.). **A realidade inventada**, como sabemos o que cremos saber? São Paulo: Psi, 1994.

SUASSUNA, Ariano. **Eu gosto é de gente doida**. 1.06.2017. Disponível em: <<https://www.psicologiasdobrasil.com.br/eu-gosto-e-de-gente-doida-ariano-suassuna-fala-sobre-a-inteligencia-da-loucura/>> Acesso em: 5. dez. 2017.

WISNIK, José Miguel. **O som e o sentido**, uma outra história das músicas. 2^a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.