

RAQUEL SIQUEIRA DA SILVA

GRUPOS MUSICAIS EM SAÚDE MENTAL:
conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas

DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Orientadora: Dra. Márcia Oliveira Moraes

NITERÓI
2012

RAQUEL SIQUEIRA DA SILVA

GRUPOS MUSICAIS EM SAÚDE MENTAL:
conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Orientadora: Dra. Márcia Oliveira Moraes

Niterói
2012

- S586 Silva, Raquel Siqueira da.
Grupos musicais em saúde mental: conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas / Raquel Siqueira da Silva. – 2012.
198 f.
Orientador: Márcia Oliveira Moraes.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2012.
Bibliografia: f. 192-198.
1. Saúde mental. 2. Musicoterapia. I. Moraes, Márcia Oliveira.
II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.
- CDD 616.89

RAQUEL SIQUEIRA DA SILVA

GRUPOS MUSICAIS EM SAÚDE MENTAL:
conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia. Área de concentração: Estudos da Subjetividade. Linha de pesquisa: Subjetividade, Política e Exclusão Social.

Prof^ª. Dr^ª Márcia Oliveira Moraes
(Orientadora-UFF)

Prof^ª. Dr^ª Cristina Mair Barros Rauter
UFF

Prof. Dr. João Carlos de Freitas Arriscado Nunes
Universidade de Coimbra

Prof^ª. Dr^ª. Marly Chagas Oliveira Pinto
Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário

Prof. Dr. Marcus Vinicius Machado de Almeida
UFRJ

Data da aprovação: _____.

Dedico esta tese à Rainha do Pastoril de Alagoas, minha mãe amada. A Margarida que foi para o jardim do céu em fevereiro deste ano.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, ao Mestre Jesus Cristo e a Nossa Senhora por tudo.

À minha mãe Margarida e ao meu pai Raul, que já estão em outro plano.

A todos os irmãos e outros familiares.

A todos os amigos que fizeram e fazem parte de minha vida.

Aos usuários de serviços de saúde mental.

Aos professores da UFF.

A minha querida orientadora Marcia Moraes.

À Marly Chagas

Ao Marcus Vinicius Machado

À Cristina Rauter

À Margarete de Castro Amaral, revisora ortográfica desta tese.

Ao Centro de Estudos Sociais (CES) da Universidade de Coimbra.

Ao coorientador português João Arriscado Nunes.

Um agradecimento especial à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

*A arte, em geral, subverte a
consciência dominante, a nossa
experiência comum.*

Herbert Marcuse.

Resumo

Esta pesquisa segue como efeito das experimentações na saúde mental, como profissional e posteriormente como pesquisadora. Trata de questões pertinentes a este campo engendradas pelas formações de grupos musicais com usuários de serviços de saúde mental. Visa problematizar as controvérsias advindas destas produções e fomenta questões tanto para a musicoterapia quanto para a saúde mental. Esta tese pode ser lida por profissionais, pesquisadores, usuários e amigos dos serviços de saúde mental. Ela ratifica um pouco do muito que aprendemos ao lidar com os usuários dos serviços de saúde mental, na convivência enquanto profissional, e, no campo, como pesquisadora. A pesquisa trouxe a possibilidade de vislumbrar outros modos de atuação, e os descrevemos no intuito de ampliar as lentes sobre este modo de atuar em musicoterapia, destacando-o dentre outras práticas. Ainda tivemos a oportunidade de estar em estágio doutoral¹ por seis meses no Centro de Estudos Sociais, na Universidade de Coimbra. Isto possibilitou estar em contato com o modelo português de saúde mental. Lá encontramos um grupo musical e pudemos dialogar com as formações brasileiras e portuguesa. Ao longo de todo o processo, incidiu a metodologia da Teoria Ator-Rede com forte inspiração etnográfica. Outros conceitos se agregaram na caminhada construída por todos os *actantes* envolvidos nesta produção em rede. Observar, descrever, problematizar as controvérsias sem o lugar de certezas, este foi o desafio que ora apresentamos. Inicialmente investigamos os aspectos da formação dos grupos musicais com usuários de serviços de saúde mental e elegemos, para observação, duas questões: a visibilidade e a geração de renda. Posteriormente, observamos a estética musical e a inserção social como veiculadores de controvérsias pertinentes que pudemos discutir no capítulo III. Para quê estas formações musicais? O que seus rastros acrescentam à saúde mental e à musicoterapia? O que podemos aprender com estas experimentações? Não pretendemos esgotar as questões do campo, mais suscitar problematizações férteis. O que se segue são ressonâncias do campo, da lida, da pesquisa e das controvérsias. Entre os cenários da saúde mental no Rio de Janeiro e em Portugal atravessamos a ponte que nos une e enxertamos olhares curiosos em todas as práticas que encontramos.

Palavras-chave: Teoria Ator-Rede, Saúde Mental, Musicoterapia.

¹Esta pesquisa contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior-CAPES. Site: www.capes.gov.br.

Abstract

The research reported in this thesis is the outcome of experiments in the field of mental health, in a professional capacity and, subsequently, as a researcher. It deals with questions relevant to the field, generated by the constitution of music bands involving users of mental health services. Its aim is to problematize the controversies arising from these productions and to raise questions relevant to both music therapy and mental health. This thesis may be read by professionals, researchers, users of mental health services and their friends. It brings to the fore part of a very rich learning experience, both from engaging, as a professional, with users of mental health services and from working as a field researcher. Research brought up the possibility of acknowledging other modes of acting, which are described, in order to expand current visions of how to act in music therapy, highlighting the specificity of its practices. We had the chance as well to spend six months as a visiting doctoral student at the Center for Social Studies of the University of Coimbra. A first contact was made with the Portuguese model of mental health. Meeting a local music group triggered a dialogue of the researcher with Portuguese and Brazilian groups. From the methodological point of view, the research process was guided all along by Actor-Network Theory, with a strong ethnographic bent. Other concepts were added as we moved along with other actants engaged in the production of this network, as we observed, described and problematized controversies without holding on to any notion of certainty. This was the challenge we are now reporting on. We started with an inquiry into aspects related to the constitution of music groups involving users of mental health services. Two questions were initially selected for observation: visibility and generation of income. Subsequently, we took up as questions for observation musical aesthetics and social inclusion as vehicles of relevant controversies, followed in detail in Chapter III. What are these music groups for? What do they (and their traces) add to mental health and music therapy? What can we learn from these experiments? We do not mean to exhaust all the questions relevant to the field, but to encourage further, productive problematizations. What is laid out here are echoes from the field, from research and from controversies. Between the settings of mental health in Rio de Janeiro and Portugal, we crossed the bridge that unites us and we grafted a vision driven by curiosity on every practice we met.

Keywords: Music Therapy, Actor-Network Theory, Mental Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO DE PESQUISA: TEORIA ATOR-REDE	20
I.1- Formações de grupos e fontes de incertezas	26
I.2- Conhecimento situado	32
I.3- Controvérsias	42
I.4- As portas de entrada: descrições e metodologia	50
CAPÍTULO II- EM CAMPO: DESCRIÇÕES E ENTREVISTAS	60
II.1- Musicoterapia e saúde mental: situando historicamente	60
II.2- Conectando raízes: oficinas que precederam a formação dos grupos	63
II.2.1- Origem dos grupos musicais: Sistema Nervoso Alterado (SNA), Harmonia Enlouquece (HE) e Trazer para Casa (TPC)	68
III.3- Descrições em campo no Rio de Janeiro	81
III.3.1- Visibilidade e geração de renda	89
CAPÍTULO III- CONTROVÉRSIAS ENTRE AS PRÁTICAS MUSICOTERÁPICAS E MÚSICAS EM SAÚDE MENTAL	105
III.1- Estética musical: inclusiva?	106
III.2- Musicoterapeuta, músico e estética musical	107
III.2.1- A estética musical e a Musicoterapia	121
III.2.2- Controvérsia da estética musical em Musicoterapia	127
III.3- Sobre a produção estético-musical, tecnológica e cultural dos grupos musicais em Saúde Mental	136
CAPÍTULO IV- PORTUGAL E BRASIL NO CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL	142
IV. 1- Em Portugal: Psiquiatria de Setor	147
IV.1.2- Rastros das conexões em entrevistas	163
IV.2- No Brasil: Reforma Psiquiátrica	174
CONCLUSÃO – EFEITOS DO CAMINHO PERCORRIDO	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	193

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CES- Centro de Estudos Sociais

CPRJ- Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro

EAT- Espaço Aberto ao Tempo

HE- Grupo musical Harmonia Enlouquece

IMNS- Instituto Municipal Nise da Silveira

IPUB- Instituto de Psiquiatria da UFRJ

SNA- Grupo de ações poéticas Sistema Nervoso Alterado

TAR- Teoria Ator-Rede

TPC- Grupo musical Trazer para Casa

INTRODUÇÃO

Reforma Psiquiátrica, a Luta Antimanicomial e os grupos musicais

A Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil tiveram e têm tanta repercussão que, em todos os anos, comemora-se em 18 de maio, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Vários municípios promovem eventos, debates, mostras de artes, música etc., em seus serviços de saúde mental, em outros espaços institucionais e/ou praças em meio à população em geral. Para compor este movimento em prol da extinção dos manicômios e ampliar a discussão para melhorias dos serviços em saúde mental, a música foi e é um instrumento muito importante.

Neste cenário ativista e engajado emergem os grupos musicais formados por usuários dos serviços de saúde mental no Rio de Janeiro. Em 1996, no dia 18 de maio, surge o primeiro grupo musical da saúde mental com visibilidade relevante, o Cancioneiros do IPUB, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), um dos efeitos do trabalho musicoterápico que teve e tem boa repercussão neste campo. No ano seguinte, na mesma data, Dia Nacional da Luta Antimanicomial, estreia o grupo Mágicos do Som (SIQUEIRA-SILVA, 2007), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Usina de Sonhos, no Estado do Rio de Janeiro. No ano de 2001 surgiu o Harmonia Enlouquece² (HE), do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ). Cinco anos depois, outro grupo compartilha deste movimento musical, o Coletivo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado³ (SNA), do Espaço Aberto ao Tempo (EAT)⁴, unidade que faz parte do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS).

Identificamos a formação destes grupos musicais como efeitos das articulações da Reforma Psiquiátrica Brasileira, derivas da discussão coletiva que marcou o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O tema da saúde mental passou a ser discutido fora dos muros manicomiais e estes grupos de música contribuíram para isto. Através dos shows eles mostraram, além do esmero estético musical, as questões da saúde mental, através das letras das músicas. Suas aparições televisivas atingiram um grande contingente populacional.

2 Para assistir clip e obter informações sobre este grupo musical, acessar: www.harmoniaenlouquece.com.br.

3 Para ver apresentação e mais informações sobre o grupo Sistema Nervoso Alterado acessar: <http://www.youtube.com/watch?v=BZL2KdSp1A&feature=related>.

4 Hospital-Dia situado dentro do Instituto Municipal Nise da Silveira que funciona como CAPS com equipe interdisciplinar.

Neste cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira, os grupos agregaram incentivos. Era importante politicamente que os temas da saúde mental fossem discutidos por toda a população. Acreditamos que a formação dos grupos musicais com usuários dos serviços de saúde mental no Brasil se constitui em efeito das conexões de mobilização política, engajamento, discussões coletivas, agenciamentos artísticos, midiáticos, geradores de renda etc. Estas associações também provocaram ressonâncias para a efetivação de leis e portarias; materialidades tão necessárias para assegurarem os direitos dos usuários de serviços de saúde mental e a organização de serviços. Estes são alguns efeitos das conexões destas redes, produzindo outras realidades, diferentes da lógica manicomial. A música dos grupos pesquisados fala desta localização/situação e de suas implicações, e também de outros temas fora da área de saúde mental. Isto se configura numa conquista desta voz, em mais espaços de expressão, colaborando como o canto do povo deste lugar para os povos de outros sítios. O Brasil é um país de dimensões geográficas muito extensas e o fato dos grupos se apresentarem em muitos Estados e municípios leva este canto, divulgando não só os preceitos da Reforma Psiquiátrica, mas os seus dizeres, constituindo-se numa manifestação de suas capacidades de conviver, atuar e trabalhar. Reconhecemos rastros de processos de inserção social e abordagem dos temas através de suas musicalidades.

Em Portugal, outros efeitos estão sendo produzidos. As conexões que engendram as redes de saúde mental em cada país corroboram as iniciativas de atendimentos comunitários, descentralização, tratamento adequado às necessidades dos utentes/usuários. Há investimentos, trabalhadores, muitos dispositivos envolvidos na empreitada de tratá-los com dignidade, objetivando a autonomia e a inserção social.

A visibilidade e geração de renda dos grupos brasileiros foram os elementos novos que ainda não havia na formação de grupos musicais anteriores. Assistimos aos ensaios e apresentações dos grupos Harmonia Enlouquece (HE) e Sistema Nervoso Alterado (SNA) durante oito meses em pesquisa de campo. Durante o estágio doutoral em Coimbra, conhecemos o grupo Trazer para Casa (TPC), um grupo musical formado por profissionais do Hospital de Lorvão⁵, um dos hospitais que foram agregados ao Hospital Psiquiátrico Sobral Cid. Nos três grupos entrevistamos somente os profissionais, e sobre esses grupos fizemos descrições e relatos nos diários de campo.

⁵ Lorvão é uma localidade em Portugal.

Há similaridades e diferenças nas descrições sobre a formação destes grupos. O grupo português Trazer para Casa (TPC) surge anteriormente a estes dois grupos brasileiros. Os três grupos são compostos por usuários de serviços de saúde mental e profissionais. Eles acontecem em meio às proposições dos modelos de atendimento vigentes e localizados. As trajetórias diferem, os modos como foram criados também. As repercussões midiáticas e de geração de renda não aconteceram no grupo português. Acreditamos que isto seja um efeito das questões e temas da saúde mental não estarem conectadas a discussões políticas, engajamentos e fortalecimento das participações de profissionais não médicos, familiares e dos próprios usuários nas decisões. As produções musicais e os modos de funcionamento repercutem como efeitos das práticas balizadas no modelo referenciado a cada localidade e em como estes reverberam. Os grupos brasileiros tiveram repercussão a partir das conexões destas redes. Em Portugal, outros efeitos estão sendo produzidos, conforme os preceitos da Psiquiatria de Setor e as tentativas de trabalhos comunitários. Há muito o que fazer nos dois países, as lutas estão em curso nos processos de desinstitucionalização. Sobre este tema, houve uma pesquisa recente em Portugal, realizada pelo Centro de Estudos Sociais (CES), na qual são abordadas as iniciativas e procedimentos sobre a desinstitucionalização. A publicação do relatório final está em tramitação. Do resumo disponível no site do CES, destacamos:

Os estudos sobre a desinstitucionalização e sobre as relações entre instituições de cuidados de saúde mental, por um lado, e os doentes e suas famílias, por outro estão pouco desenvolvidos em Portugal [...] Procurou-se que o projecto tivesse várias repercussões: impacto na definição e aplicação das políticas; avaliação do perfil da intervenção dos técnicos de saúde mental; envolvimento das associações de doentes mentais e seus familiares; sensibilização das comunidades territoriais para os problemas da saúde mental; difusão de boas práticas relativas à articulação entre os prestadores de cuidados de saúde mental; contribuição para o desenho de novas modalidades de apoio social ajustado às necessidades dos doentes mentais e seus familiares; desenvolvimento de procedimentos metodológicos nomeadamente no domínio da investigação acção⁶.

⁶ Este trecho foi extraído do resumo da pesquisa intitulada: *A Desinstitucionalização dos Doentes Mentais*, terminada em 2010 sob a coordenação do Prof. Doutor Pedro Hespanha com participação da Profa. Doutora Silvia Portugal. Resumo completo disponível no site: <http://www.ces.uc.pt/projectos>. Acesso em 29 de abril de 2012.

Há um interesse e contribuição do campo acadêmico nesta área. Eu pude conversar pessoalmente com os coordenadores desta investigação (Pedro Hespanha e Sílvia Portugal) e eles me disseram de suas implicações científicas na perspectiva de contribuir para a saúde mental de Portugal. Estamos aguardando a publicação com os resultados desta pesquisa, com a expectativa de que mais este *actante* contribua para o processo da desinstitucionalização.

A desinstitucionalização investe em tirar da condição de isolamento os utentes que tiveram longa permanência em internação psiquiátrica. Esta é a última instância das propostas antimanicomiais e comunitárias de ambos os países. Na medida em que todos os utentes/usuários com histórico de internação de longa permanência forem tratados a ponto de serem inseridos no convívio social e referenciados a serviços-dia, o hospital psiquiátrico perde sua função. Existirá, então, apenas a necessidade de, no máximo, internação de curta permanência em hospitais gerais ou em CAPS III (24 horas). Portanto, não haverá mais a necessidade de existir hospital psiquiátrico. A desinstitucionalização abarca muito mais do que reinserção psicossocial. Tanto os serviços de residências terapêuticas brasileiros quanto as iniciativas portuguesas de desinstitucionalização têm o mesmo objetivo: engendram possibilidades de conseguir acabar com as estruturas manicomiais. Seus modelos visam descentralizar o atendimento, modificando totalmente as práticas de atendimento em saúde mental.

No Brasil, o campo da saúde mental no Rio de Janeiro conta, atualmente, com os seguintes serviços: Centros de Atenção Psicossociais para adultos (CAPS), crianças (CAPSi) e para dependentes químicos de álcool e outras drogas (CAPSad). Os CAPS que se localizam ainda dentro de algum hospital psiquiátrico são chamados de Hospital-Dia. A saúde mental do município também conta com ambulatórios que atendem aos usuários. Além disso, há leitos de curta permanência em urgência psiquiátrica e projetos de geração de renda. Os serviços de residências terapêuticas foram criados para reinserir na vida cotidiana usuários com muitos anos de internação. Em todos estes serviços e unidades realizam-se várias atividades, oficinas terapêuticas diversas e dentre elas, as práticas musicoterápicas. Estas possibilidades de tratamento balizam-se num modelo que visa substituir os manicômios por práticas não asilares, um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica⁷. No Brasil, esta Reforma começou com um movimento de

⁷ Movimento iniciado na Itália que preconiza um atendimento ao usuário de serviços de saúde mental sem violência e segregação. Informações sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil ver AMARANTE, 1995, p. 57.

trabalhadores de saúde mental em 1978-1980 (AMARANTE, 1995, p. 57) e ela ainda se constitui na principal vertente. Atualmente recebe apoio e críticas. Este modelo assistencial tem recebido críticas que se referem ao não cumprimento total de rede de serviços que substituam o manicômio. Por isto não correspondendo ao que se propunha inicialmente. Há ainda os que defendam a volta dos hospícios alegando a segurança dos portadores de transtornos psíquicos. Existe um campo de tensão entre os que apoiam e os que refutam o pressuposto de inserção social. Isto interfere diretamente nas práticas referidas aos usuários dos serviços.

A Reforma Psiquiátrica prioriza dispositivos em grupos por necessidade de interação dos usuários, com vistas a subverter o quadro de isolamento histórico a que foram submetidos. Também para potencializar politicamente o pressuposto de inclusão social e participação dos usuários como agentes importantes em seu tratamento. Os atendimentos em grupo tanto de profissionais médicos como não médicos eram muito frequentes nos anos 1990, período importante da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Foram criadas equipes interdisciplinares com profissionais de várias áreas. Os familiares e usuários fortaleceram a Reforma Psiquiátrica com o movimento da Luta Antimanicomial, afinados com os pressupostos desta Reforma e engajados com as articulações políticas, visando agregar e garantir os interesses e necessidades dos usuários e familiares, esquentando assim o caldo político-ativista do movimento. A Luta Antimanicomial⁸ ainda atua nestes segmentos e promove encontros em vários estados do país.

A questão da proliferação dos grupos musicais com usuários de serviços de saúde mental no Brasil se conecta com a problematização da Reforma Psiquiátrica. No ano de 2009 houve um amplo debate sobre o tratamento aos usuários dos serviços de saúde mental. A discussão foi incentivada pela abordagem televisiva/novelistica⁹ do tema. Alguns destes grupos musicais, outras atividades artísticas e serviços apareceram em novela pela primeira vez na história da teledramaturgia brasileira, o que amplificou a visibilidade destes movimentos antimanicomial e musical.

Em saúde mental no Brasil, início da década de 1990, dentre as propostas de descentralização dos serviços, havia, e ainda há, a prerrogativa das equipes interdisciplinares e as multiprofissionais. Era necessário que as equipes funcionassem

8 Informações sobre Luta Antimanicomial em:

<http://www2.pol.org.br/lutaantimanicomial/index.cfm?pagina=apresentacao>.

9 “Caminho das Índias”; novela de Glória Perez exibida pela TV Globo no horário de 21h, em 2009.

com seus olhares diversificados para oferecerem ao usuário múltiplas possibilidades de tratamento com o intuito de promover a saúde em sua integralidade.

Além dos tratamentos verbais, individuais ou em grupo, outros modos de terapia se fortaleceram nesta época: a musicoterapia, a arteterapia, o psicodrama etc. A musicoterapia confirma-se como uma terapia com pertinentes aplicabilidades em saúde mental e também com usuários com dificuldades em se comunicar verbalmente. Ampliou-se a demanda por tratamentos que incluíssem leituras não verbais em suas abordagens. Neste período, começou a aumentar o número de musicoterapeutas nos serviços de saúde mental.

Os grupos musicais que ora pesquisamos surgiram na década de 1990/2000. Neste mesmo período aconteceram incentivos, apoios e mobilizações da luta pela extinção dos manicômios e modelos mais adequados de atendimento ao usuário de serviço de saúde mental. Os trabalhos musicoterápicos realizados nesta área alavancaram o surgimento de grupos musicais de sucesso, com repercussão nas mídias e geração de renda.

Esta tese é um dos efeitos da pesquisa cartográfica¹⁰ realizada com o grupo Mágicos do Som. Ela ganha consistência a partir das reflexões e problematizações sobre as práticas musicais e musicoterápicas em saúde mental. Discussão em que se evidenciam controvérsias relacionadas à Reforma Psiquiátrica e outros modos de lidar com a loucura. Por quais razões tais grupos musicais proliferam no campo da saúde mental? Quais são os modos de composição de tais grupos? Que efeitos estes grupos produzem naqueles que deles participam? Quais as conexões com a Reforma Psiquiátrica?

No Rio de Janeiro, entramos em campo em 21 de agosto de 2009¹¹ acompanhadas das nossas leituras da Teoria Ator-Rede (TAR); encarnando o conhecimento a partir da experimentação. Descrevemos as práticas considerando os humanos e não-humanos em suas conexões. Utilizamos uma inspiração etnográfica que nos serviu como ferramenta importante ao lidar com as familiaridades e estranhamentos iniciais do campo. Acompanhamos os ensaios e alguns shows dos grupos Sistema

10 “A cartografia, diferentemente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações: ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra- aqui, movimentos do desejo -, que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente” (ROLNIK *apud* SIQUEIRA-SILVA, 2007, p. 13).

11 A pesquisa foi aprovada pelos comitês de ética de pesquisa do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro e do Instituto Municipal Nise da Silveira (localizado no Hospital Philippe Pinel).

Nervoso Alterado (SNA) e Harmonia Enlouquece (HE). Terminamos em março de 2010. As entrevistas semiestruturadas foram feitas somente com os profissionais no período de 16 de novembro de 2009 a 21 de maio de 2010.

Duas proposições nos balizaram:

- a) Identificar as controvérsias que agenciavam a visibilidade de tais grupos nas mídias e
- b) Acompanhar os efeitos e conexões da geração de renda proporcionada pelas atividades desses grupos musicais.

Escolhemos inicialmente estes dois fios condutores porque reconhecemos que ambos não pertenciam às práticas musicais em saúde mental antes do surgimento destes grupos. As questões relativas à estética¹² musical em musicoterapia e as conexões destas na inserção social foram efeitos que nos acrescentaram algumas problematizações.

Ao longo da pesquisa, a metodologia Teoria Ator-Rede (TAR) será apresentada com recortes narrados do campo, traduzindo a perspectiva de não separação entre teoria e prática. O texto da pesquisa foi produzido entre descrições, problematizações e conceitos.

Esta pesquisa abriu brechas para outras conexões, deslocando as incertezas de uma profissional que atua na função de musicoterapeuta há vinte anos e que participou como integrante de um destes grupos musicais já citados. Esta trajetória acontece em meio às conexões da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Nestes movimentos militei enquanto profissional da saúde mental. Entretanto, até mesmo estes pressupostos de minha área de trabalho, eu pude estranhar. A tanto me serviram a TAR, a análise das controvérsias, a inspiração etnográfica, o conceito de difração e outras derivas.

Em estágio doutoral em Coimbra, realizado de maio a outubro de 2011, visitei o hospital Sobral Cid e sua unidade no sítio em Lorvão. Conheci e entrevistei profissionais que atuam na saúde mental e descobri o grupo Trazer para Casa. Este grupo, inicialmente não previsto como parte do campo da pesquisa, foi uma grata

¹² Entendemos que o termo estética remete a uma discussão ampla que atravessa a filosofia, música e outras artes, não pretendemos abarcá-la em sua amplitude. Restringimo-nos, seguindo a imanência do campo de investigação. Assim, concebemos nesta tese um sentido restrito ao termo estética musical, que se refere a um regime particular de reconhecimento das práticas musicais e dos seus objetos como susceptíveis de uma apreciação a partir de categorias como a de belo (RANCIÈRE, 2005). Nas práticas musicais em saúde mental no Brasil, a preocupação com a qualidade estética das músicas produzidas com os usuários se potencializou a partir da formação dos grupos musicais que também produziu visibilidade e geração de renda. Estes grupos compartilham os padrões estéticos por que se guiam outros grupos que não fazem parte do cenário da saúde mental. Por outras palavras, eles produzem música de boa qualidade, segundo esses padrões. Aprofundamos esta discussão em Siqueira-Silva (2012).

surpresa. Descobrimos ressonâncias entre este e os grupos brasileiros. Mais surpreendente foi saber que Portugal não adota a Reforma Psiquiátrica como abordagem em saúde mental, mas sim a Psiquiatria de Setor, que lá exerce uma influência preponderante, é o modelo seguido naquele país. Ao debruçarmo-nos sobre os dois modelos descobrimos semelhanças importantes. Reconhecemos que no Brasil houve um contágio dos ideais reformistas, ampliando as discussões aos profissionais, usuários e familiares, além de pessoas que não faziam parte diretamente da saúde mental.

As conexões entre as formações musicais, seus contágios, a estética musical, a inserção social e outras ressonâncias, abordamos através das controvérsias e descrições que compõem este texto.

Seguimos amparados no campo, nas entrevistas e nos surpreendentes encontros desta nossa trajetória acadêmica, ouvindo as vozes dos *actantes*.

CAPÍTULO I – CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO DE PESQUISA: TEORIA ATOR-REDE

A teoria ator-rede integra um modo de pensar e pesquisar que faz parte de um campo teórico que não dissocia *a priori* ciência, tecnologia e sociedade. Estas três instâncias são concebidas concomitantemente na construção de realidades, na produção de mundos. Os humanos e os não-humanos conectam-se sem distinção prévia nos agenciamentos que compõem as redes. Os objetos são tratados em sua multiplicidade e têm importância simétrica em relação aos humanos. Portanto, tecnologia e sociedade se coengendram. Identificam-se conexões tanto no cotidiano como nas produções acadêmicas e/ou científicas.

Os objetos técnicos que permeiam nosso cotidiano não são aqui concebidos como meros instrumentos a serviço da sociedade ou como suporte de algo que lhes é externo. São agentes/*actantes* capazes de engendrar transformações que ultrapassam o âmbito técnico-instrumental, participando da configuração de processos que não mais podemos definir como estritamente socioculturais. (PEDRO, 2010, p. 80).

A nossa abordagem metodológica é inspirada na teoria ator-rede (TAR). Ela implica acompanhar os processos através dos quais se fazem e desfazem conexões entre entidades que incluem atores humanos e entidades nãohumanas. É através dessas conexões que a ação se torna possível, e que são definidos tanto a direção como os resultados dessa ação, em particular a estabilização (ou não) das conexões. Seguir os *actantes*¹³ em ação aparece, assim, como um dos principais objetivos metodológicos da TAR.

A abordagem ator-rede se apresenta com um espírito radical, porque ela não apenas apaga as divisões analíticas entre agenciamento e estrutura, e entre o macro e o micro social, mas ela também propõe tratar diferentes materiais – pessoas, máquinas, “ideias” e tudo o mais – como efeitos interativos e não como causas primitivas. A abordagem ator-rede é assim uma teoria do agenciamento, uma teoria do conhecimento, e uma teoria sobre máquinas. (LAW, 1989, p.16).

¹³ Moraes (1998b, p. 51) sublinha que numa entrevista concedida em 1993, Latour prefere utilizar a palavra *actantes* no lugar de atores para despir tal noção de seu cunho personalístico, subjetivista. *Actantes* são coisas, pessoas, instituições que têm agência, isto é, produzem efeitos no mundo e sobre ele.

Seguindo as pistas apontadas por Law (1989), na pesquisa que realizamos, buscamos rastrear as conexões entre humanos e não humanos em diversos momentos de encontros com os grupos *Harmonia Enlouquece* (HE) e *Sistema Nervoso Alterado* (SNA), ambos do Rio de Janeiro. E, posteriormente, em estágio doutoral em Coimbra, nós contactamos *actantes* do grupo musical Trazer para Casa (TPC).

Usuários, trabalhadores de saúde mental, instrumentos musicais, luzes, palco, composições, CDs, dinheiro... *actantes* que se agenciam para produzir e fazer existir os grupos musicais em questão.

O argumento é que pensar, agir, escrever, amar, ganhar dinheiro – todos atributos que nós normalmente atribuímos aos seres humanos, são produzidos em redes que passam através do corpo e se ramificam tanto para dentro e como para além dele. Daí o termo ator-rede – um ator é também, e sempre, uma rede. (LAW, 1989, p. 8).

Desse modo, no enfoque da TAR um *actante* é um ator-rede, isto é, um *actante* é tudo o que age e produz efeitos num certo campo. Mas tal ação, longe de ser produzida por um ente isolado, por um ponto que seria como única origem da ação, é, ela também, uma rede, um emaranhado de conexões associadas. Daí que uma rede

não remete a nenhuma entidade fixa, mas a fluxos, circulações, alianças, movimentos. A noção de rede de atores não é redutível a um ator sozinho nem a uma rede. Ela é composta de séries heterogêneas de elementos, animados e inanimados conectados, agenciados. Por um lado, a rede de atores deve ser diferenciada dos tradicionais atores da sociologia, uma categoria que exclui qualquer componente não-humano. Por outro lado, a rede também não pode ser confundida com um tipo de vínculo que liga de modo previsível elementos estáveis e perfeitamente definidos, porque as entidades das quais ela é composta, sejam elas naturais, sejam sociais, podem a qualquer momento redefinir sua identidade e suas mútuas relações, trazendo novos elementos para a rede. Neste sentido, uma rede de atores é simultaneamente um ator cuja atividade consiste em fazer alianças com novos elementos, e uma rede que é capaz de redefinir e transformar seus componentes. (MORAES, 1998a, p. 49).

O pesquisador, ao entrar em campo, segue os *actantes* em ação, segue os rastros das ações que tais *actantes* produzem. Há que se destacar que a entrada em campo não parte de um ponto privilegiado de observação ou de análise. Isso porque uma rede tem,

como Latour (1994) sublinha, múltiplas entradas possíveis. Para a TAR não há uma natureza ou tecnologia ou fenômeno natural separadas de uma sociedade. É no engendramento das conexões que se forma o que chamamos de social, este não deve ser tomado como uma unidade: “a teoria ator-rede assume que a estrutura social não é um nome, mas um verbo” (LAW, 1992, p. 8). A sociedade é tomada como um efeito relacional, não como algo já dado. Latour (2008) problematiza qualquer ideia preconcebida de social. Não há previamente uma natureza separada de um social homogêneo. Isto é,

nenhuma versão da ordem social, nenhuma organização, nenhum agente chega a se tornar completo, autônomo, final [...] não há uma coisa tal como “a ordem social”, com um único centro, ou um conjunto único de relações estáveis. Ao contrário, há ordens, no plural. E, obviamente, há resistências. (LAW, 1992, p. 8).

Assim, sob a inspiração da TAR, entendemos que cabe a nós, pesquisadores, seguir os rastros dos efeitos produzidos pelas conexões entre humanos e não humanos. Para isto as ferramentas (ingredientes) teóricas balizarão o espaço intelectual em que se move o pesquisador e a descrição/narrativa dos fatos o levará a coleta de dados. Esta expressão, “coleta de dados”, dá a impressão de que estamos nos referindo a retirar do campo o material de pesquisa. Mas pensemos: o que é retirado não é exatamente extraído; é uma negociação que abarca também o pesquisador. “O pesquisador é, antes de tudo, um fabricante de fatos: mobiliza partes da realidade para transportá-la, combiná-la e recombiná-la nos centros onde se acumulam as informações”. (MELO, 2006, p. 84).

É interessante considerar que seguir os *actantes* em ação é, sem dúvida, uma aposta pragmática, no sentido de que o que está em primeiro plano são as práticas, os locais onde tais conexões são feitas, articuladas. Mol (2002) sublinha com precisão este ponto quando afirma que:

Se as práticas são colocadas no primeiro plano não há mais um simples objeto passivo no meio, esperando ser visto do ponto de vista de séries intermináveis de perspectivas. Ao contrário, os objetos existem – e desaparecem – com as práticas através das quais eles são manejados. E desde que o manejo tende a diferir de uma prática a outra, a realidade se multiplica. [...] no modo filosófico no qual eu me engajo aqui,

conhecimento não é uma questão de referência, mas de manejo. (MOL, 2002, p. 5).

O pesquisador da TAR também é um *actante* na rede. A entrada no campo nos trouxe uma experimentação da noção simétrica de que não há apriorismos, não preconcebemos distinções. Nenhuma prioridade entre natureza e sociedade, nem inércia dos objetos sob a ação dos humanos. Antes de entrar no campo, não há como prever as transformações advindas das conexões.

Uma ontologia de geometria variável afirma múltiplas entradas possíveis. Penso ser o princípio de simetria generalizada [...] uma consequência dessa ontologia de múltiplas entradas e conexões. Trata-se de analisar simetricamente não apenas o erro e o acerto, mas antes, todo e qualquer efeito das negociações em rede, dentre eles, a natureza e a sociedade. (MORAES, 1998b, p. 5).

O pesquisador se encontra com as vicissitudes do inesperado, mesmo que ele traga experimentações na área pesquisada. Sua posição muda e o olhar também. Trata-se da produção de outra versão de realidade e modos de lidar com as incertezas. A cada investida de um pesquisador, outras observações podem surgir. Os encontros se tornam inesgotáveis. Uma mobilidade dos lugares e funções.

O desafio do pesquisador é produzir descrições que compreendam as interlocuções de materialidades-socialidades. Não há oposição entre materialidade e socialidade. A TAR dissolve qualquer ideia preconcebida do social. Ao entrar na rede do campo investigado, o pesquisador não preidentifica o que será relevado pela pesquisa.

Uma pesquisa torna-se um efeito das negociações entre materialidades e socialidades. O texto acadêmico é um efeito, uma materialidade traduzida e, ao mesmo tempo, uma versão de realidade. O narrador-estrategista deve marcar, por sua escrita, a construção do texto. As descrições ganham importância na TAR porque elas anunciam as primeiras traduções¹⁴ na fabricação de realidades. E dos efeitos surgirá o texto

¹⁴ Consideramos aqui tradução como um conceito que denota as transformações que ocorrem advindas da entrada de um novo *actante* na rede. A cada encontro a rede se reconfigura pelos efeitos que ele engendra.

acadêmico e/ou científico. Latour nos orienta a descrever o que interagimos no campo de pesquisa; “Descrevam, escrevam, descrevam, escrevam”. (2008, p. 216).

Assentamo-nos no campo e nestes encontros, mergulhamos num mar de possibilidades. Estamos sobrevoando as teorias e mergulhados nas incertezas a que o campo nos arremessou. Um mergulho no desconhecido.

Quando as realidades são criadas e compartilhadas, significa que criamos possíveis. Com todas as possibilidades de ação das multiplicidades engendradas. Humanos e não-humanos em multiplicidades conectadas. Como observá-los em ação? O pesquisador não está isento, neutro, desconectado. As materialidades produzem o social e vice-versa. Quando se produz algo é porque foi possível produzi-lo. Quais foram os ingredientes para esta produção? Como se agenciam? Como se movimentam para a sua manutenção? Propriamente não estamos nos referindo à manutenção estável, mas a um campo de tensões, de negociações entre materialidades-socialidades na produção de possíveis. Mas quando saber se há ou houve possíveis? A resposta nos parece simples: se foram feitos, deixaram rastros, derivas, efeitos e estes podem ser rastreados, então podemos, como detetives, afirmar que algo aconteceu. Observar e escrever descrições é traduzir. As histórias criadas e narradas pelo pesquisador e o campo podem contagiar rizomaticamente¹⁵ outros pesquisadores, as versões se multiplicam. Cada pesquisador que se debruçar sobre os grupos musicais em saúde mental produzirá uma narrativa diferente. Não há uma realidade única a ser descoberta, mas versões de realidades produzidas localmente, parcialmente pela fabricação de fatos e versões. Mas isto não transforma a realidade em transcendência, a realidade é uma produção, assim como o pesquisador, sua pesquisa, as ferramentas teóricas e os *actantes* envolvidos. O que buscamos não é uma investigação epistemológica da realidade, isto é: não interessa conhecer o real como algo dado lá fora. A questão é seguir como ele é performado. Assim, situamo-nos no campo, sem a pretensão de propriedade sobre o conhecimento, apenas agentes de saberes localizados, participantes desta produção.

Saberes localizados requerem que o objeto do conhecimento seja visto como um ator e agente, não como uma tela, ou um terreno, ou um recurso, e, finalmente, nunca como um escravo do senhor que encerra a dialética apenas na sua agência e em sua autoridade de conhecimento "objetivo". (HARAWAY, 1988, p. 36).

¹⁵ Termo referenciado ao conceito RIZOMA; sistema a-centrado que se espalha por todos os lados conforme os agenciamentos que se produzem neste processo. Criado por Deleuze & Guattari (2004, p. 32), aqui utilizado pelo efeito de alastramento e contágio.

Buscamos rastrear as conexões nos grupos Harmonia Enlouquece (HE) e Sistema Nervoso Alterado (SNA) e, posteriormente, no Trazer para Casa (TPC). Problematizamos a proliferação destes grupos musicais, analisando e buscando cartografar as controvérsias referentes ao surgimento e expansão destes na área da saúde mental. Quais são os interesses implicados nesta formação de grupo? De que modo o trabalho musicoterápico contribuiu para a proliferação destes grupos? Será que é possível afirmar que há um movimento de criação de grupos musicais em saúde mental para além de qualquer especificidade quanto às suas condições de produção?

A composição de humanos e não humanos ondulam nas produções destas redes. Bruno Latour e outros pensadores da TAR conceituam-nas como produções múltiplas, heterogêneas e a-centradas.

E os objetos chamados classicamente de inanimados, eles não tem o que dizer, o que interferir, o que atuar? Os objetos interagem, eles podem afirmar ou negar uma pesquisa. O que tratamos aqui propõe negociação, conexões, movimento de lugares. Há produção de diferenciação o tempo todo.

Concordamos com Latour (2008, p. 51) quando enfatiza a importância da fala dos atores mais do que a dos analistas, dos pesquisadores, quando referenciados a uma boa descrição. Não gostaríamos de escrever nem de falar sozinhos, precisávamos da observação e participação dos componentes dos grupos musicais. A pesquisa não é propriedade do pesquisador, nem deve ser ele o instrumento principal da ação. Os *actantes* falam por si e coabitam a pesquisa como coautores, já que a escolha do que se escreve na pesquisa é sempre uma negociação política. Latour (2008a, p. 212) incita a observação sem interpretação e tampouco atribuição de sentido. Enfatiza que não se deve buscar um marco que identifique um todo. Ele explicita que os *actantes* pesquisados são os mestres e que nós aprendemos com eles (Latour, 2008a, p. 217). Portanto, a cada imersão no campo, ao acompanhar os ensaios e shows, algo era aprendido e influenciaria na escrita. Uma troca, um encontro. Latour critica a ideia de que somente o pesquisador possa ensinar ao investigado: “Que o faz pensar que se supõe que uma investigação sempre deve ensinar coisas ao investigado?” (2008a, p. 217). Ele faz uma alusão a que se pesquisasse formigas, elas é que ensinariam aos pesquisadores sobre seus costumes e hábitos. Ele também brinca com a sigla ANT (*Actor-Network Theory*) que em inglês significa formiga. Afirma que o pesquisador da TAR deve seguir os efeitos das conexões como formigas, isto é, colados ao campo e

com visão míope, que vê o que está por perto, e descrever o rastreamento destes efeitos. Esta descrição, portanto, não é algo pronto, acabado e referenciado apenas ao pesquisador. É uma negociação entre os *actantes*, incluindo o responsável por esta escrita. Um fato pode desviar, e estes deslocamentos podem ser provocados por qualquer *actante* que esteja engendrado nesta rede.

I.1- Formação de grupos e fontes de incertezas

Latour (2008a) propõe que se entenda e pesquise o social como produção em rede sob cinco fontes de incertezas. Na primeira, ele trata do grupo como algo em formação, afirma: “Não há grupos, só formação de grupos” (LATOURE, 2008a, p. 47) e propõe que os efeitos desta formação sejam rastreados pelo pesquisador. “As formações de grupos deixam muito mais rastros do que as conexões já estabelecidas” (LATOURE, 2008a, p. 52). É interessante observar que esta fonte de incerteza preconiza a instabilidade; os grupos estariam em processo de formação, nada acabado. Escolhemos a formação de grupo como a primeira fonte de incertezas localizada e visível para nossas problematizações.

Latour nos acrescenta que as redes que engendram a formação de grupos podem ser identificadas como coletivos, por agenciar uma multiplicidade de *actantes*. Coletivo para Latour (2008a) remete a um processo de coligar, de associar humanos e não-humanos. Coletivo é o que compõe o mundo comum, o social como associação. Embora nós frequentemente nos referenciemos a grupos musicais, a ideia de coletivo nos parece mais pertinente. Latour acrescenta que

Ao contrário de sociedade, que é um artefato imposto pelo acordo modernista, este termo se refere à associação de humanos e não-humanos. Se a divisão entre natureza e sociedade torna invisível o processo político pelo qual o cosmo é coletado num todo habitável, a palavra ‘coletivo’ torna esse processo crucial. (LATOURE, 2001, p. 346).

Em campo, presenciamos esta versão quando um dos componentes do grupo pesquisado referiu-se a este como um coletivo, em sua visão, por ser aberto e agregar usuários, profissionais e outros participantes.

Esta concepção de coletivo abriria a possibilidade ao grupo de ratificar a

permanente instabilidade, acolhendo os desvios e improvisações. Concebê-los como um coletivo amplia os modos diferenciados de manifestações artísticas e a adesão de interessados sem os rótulos costumeiros e evitáveis em saúde mental. Latour trata as socialidades como coletivos: “Os fatores reunidos no passado sob a etiqueta “domínio social” são simplesmente alguns dos elementos a serem reunidos no futuro naquilo que chamarei não uma sociedade mas um coletivo (2008a, p. 30).

Cabe destacar que Latour trata a sociedade como um coletivo e que estamos nos referindo a grupos musicais como coletivos. Quando assim o fazemos, reiteramos que a sociedade não está pronta e que os usuários não estão alijados de sua formação. E também que as materialidades e instabilidades os constituem. Quando um componente se refere ao grupo como um coletivo, ele também retira o sentido de grupo que poderia incorrer em estabilidade e fechamento.

Na saúde mental esta versão pode provocar um desvio importante posto que não dissocia socialidades de formação de grupos. Em nosso tema, não concebemos um social separado destas formações e concomitantemente em nossa construção já inferimos a prerrogativa de que os usuários de serviços de saúde mental constroem e fazem parte dos coletivos na condição simétrica de qualquer outro *actante*. Isto parece óbvio, entretanto, o histórico do cenário no qual o estigma do preconceito foi produzido era diferente disto e ratificava a sociedade e o usuário com alijamento e, posteriormente, a chamada inserção social. Esta visão de separação entre usuário e sociedade para nós não se aplica.

A formação de grupos como a primeira fonte de incerteza baliza que não estamos trabalhando com perspectivas estáveis, fechadas, acabadas e irreversíveis. Ratificando a mobilidade como condição de modos de funcionamentos das redes. Nesta pesquisa, este campo móvel se assemelha a caminhar em areia movediça. Há um deslocamento constante em meio às incertezas; estas são os alicerces.

A segunda fonte de incerteza são as ações, Latour as refere como a “natureza heterogênea dos ingredientes que compõem os vínculos sociais” (LATOURE, 2008a, p. 69). Para perceber as ações nas formações de grupo é necessário seguir os *actantes*, interagindo, e identificar as conexões através das materialidades deixadas pelos seus efeitos.

A terceira fonte de incertezas são os objetos. Antes considerados inanimados e subjugados a uma ação humana para dar-lhes sentido, os objetos são complexificados

em sua capacidade de compor conexões na produção de realidades. Latour afirma que os objetos têm capacidade de agência, “eles também são participantes no curso da ação” (2008a, p. 105). Considerando que os objetos não são observados por nós como seres isolados, percebemos que da interação destes com os outros *actantes* é que emergem os rastros das conexões. Assim, por exemplo, o objeto microfone não tem apenas ação de ampliar a voz, mas também pode servir à disputa de poder e servir a questões mais amplas. Ou ainda, com quem ele está, o que se diz sobre ele, o modo como é usado, em que momentos foi utilizado. Estas conexões agenciadas podem mobilizar a rede, proporcionar mudanças e reflexões. Estas fontes de incertezas interagem simultaneamente e o tempo todo no campo de pesquisa.

A quarta fonte de incertezas que os pesquisadores da TAR devem perseguir são as “questões de fato contra questões de interesses” (LATOURE, 2008a, p. 129). Tomar os grupos musicais em saúde mental como uma “questão de fato” é considerá-los como dados estáveis. Latour (2008a) nos convoca a segui-los como “questões de interesse”, isto é, como modos de associar humanos e não-humanos. O que importa, pois, é seguir como tais *actantes* se associam para formar um grupo musical. Nesta fonte percebemos a evidência do deslocamento da ação, submetida aos interesses. Uma proposta ousada que remete ao conceito de rede, negando uma fonte única e centralizadora, mobilizando eixos de funcionamento e movimento. Uma rede é concebida em conexões e no fato de ser móvel. Ela existe e se forma nestas condições. “Se formam grupos, se exploram agências e os objetos desempenham um rol. Tais são as primeiras fontes de incertezas em que nós devemos nos basear se desejamos seguir o fluido social e suas diversas formas, sempre cambiantes e provisórias” (LATOURE, 2008a, p. 129). Cabe acrescentar que estes grupos pesquisados estão em formação tanto quanto qualquer outro. Importa-nos, particularmente, o que o movimento de formação destes grupos pode influenciar na mudança de visão histórica de incapacidade do usuário de serviço de saúde mental. Os grupos dos amigos, os espectadores dos shows, os outros usuários que não fazem parte dos grupos musicais, os profissionais de saúde mental, os da saúde em geral e tantos outros grupos afins ou que tiveram ou tem contato com estes grupos musicais, os veem em sua performance musical apresentando música de qualidade estética admirável. A sociedade que não é um bloco homogêneo mas presencia-se nas conexões em redes, constitui um fluido social onde é possível identificar mobilidades, mesmo em sua condição de provisórias e instáveis. Esta instabilidade nas conexões sociais nos fornece

pistas sobre a possibilidade de mudanças na visão estigmatizada que os usuários de serviços de saúde mental ainda têm de suportar. Os *actantes* se referem direta ou indiretamente aos interesses que são gerados pelas conexões. A rede de interesses implica muito mais do que o perceptível.

E como parte do exercício do pesquisador no encontro com estas fontes de incertezas, surge a quinta fonte, que seria a expressão do texto da pesquisa. Uma atitude ousada, já que não se coloca em jogo nenhuma fonte segura e certa. Não existe a perspectiva de se encontrar uma verdade absoluta. A escrita do pesquisador é tomada como uma versão produzida a partir do rastreamento das conexões. Latour afirma que a quinta fonte é “escrever explicações [ou descrições] arriscadas” (LATOURE, 2008a, p. 177). O pesquisador é considerado como parte integrante da rede, um dos *actantes* envolvidos na produção da pesquisa. Ele tem a responsabilidade de escrever uma versão da realidade, das ações, levando em conta os objetos, sendo atravessado por interesses diversos, incluindo os seus. E ainda escrever um texto da pesquisa em que nada é certeza. Não se trata de um mero espectador de fatos prontos. O pesquisador não é, nem ele mesmo, a fonte de certeza. Caminhar nas incertezas é um desafio, e o texto passa a ser o laboratório no qual as ideias se chocam e se agregam para um produto negociável com todas estas fontes de incertezas. O pesquisador participa das produções. As múltiplas traduções passam por ele na construção de um texto acadêmico.

Trata-se de um gesto crucial, um gesto que simplifica a complexidade, mas que a simplifica traduzindo-a sob a forma de um registro. Compreender o papel dos “dispositivos de inscrição” – isto é, das máquinas ou dos procedimentos experimentais que se acionam graças a produtos e a práticas heterogêneas e que os convertem em traços sobre uma folha de papel. (LAW, 1997, p. 17).

Latour aponta a participação do pesquisador como um agenciador das traduções e indica a responsabilidade desta posição. “Escrevemos textos, não olhamos através de uma janela” (LATOURE, 2008a, p. 178). A implicação do pesquisador nega qualquer tentativa de neutralidade e ratifica-o como *actante* cuja função é mais do que “apenas” escrever um texto científico. O pesquisador torna-se assim um agente político e um fabricante de fatos com a responsabilidade de deixar claro para o leitor quais os riscos que correu, os caminhos percorridos, as fontes visíveis que mais o mobilizaram em campo e quais foram suas escolhas políticas nas negociações com os interesses

envolvidos. Pesquisar passa a ser um ato político, ontologicamente organizado para ser ousado.

Tem que poder registrar diferenças, absorver a multiplicidade... Este é o motivo pelo qual as quatro fontes de incertezas têm que ser abordadas com valentia e, ao mesmo tempo, agregando cada uma seu conjunto de diferenças das demais. (LATOUR, 2008a, p. 177).

Em campo, as fontes de incertezas se misturam, é necessário buscar discerni-las, não para separá-las, o que seria nada produtor senão impossível, mas para cautelosamente identificar os rastros. Nas relações mais imediatas entre os *actantes* é que se pode perceber indícios, materialidades. Não só as conexões visivelmente engendradas, mas interesses e motes de complexas redes de proporções maiores e quiçá algumas controvérsias. As associações de conexões visivelmente estabilizadas mantêm-se por quase imperceptíveis conexões voláteis. O pesquisador deve atentar para a escrita e produção de conhecimento que percebe os nós das redes localmente.

Traduções

Quando entra um novo *actante* na rede, há uma mobilidade. Cada nova incursão produz uma tradução. Percebi nesta entrada no campo, um processo de tradução, mudando as posições, sem previsibilidade. As traduções fazem parte da produção de conhecimento.

Ao invés de opor palavras ao mundo, os estudos científicos graças a sua ênfase na prática multiplicaram os termos intermediários que insistem nas transformações, tão típicas das ciências, como “inscrição” ou “articulação”, “translação”¹⁶ é um termo que entrecruza o acordo modernista. Em suas conotações linguística e material, refere-se a todos os deslocamentos por entre outros atores cuja mediação é indispensável a ocorrência de qualquer ação. Em lugar de uma rígida oposição entre contexto e conteúdo as cadeias de translação referem-se ao trabalho graças ao qual os atores modificam, deslocam e transladam seus vários e contraditórios interesses. (LATOUR, 2001, p. 356).

¹⁶ Os termos tradução e translação são utilizados com o mesmo sentido (LATOUR, 2001).

Trata-se da produção de novas relações, novos encontros, novas conexões. A tradução não é uma ação representacional. Tradução é traição (LAW, 1997, p. 2). Não podemos simplesmente transportar conhecimento de um campo para outro sem que haja misturas, sem que as redes se modifiquem. É um ajuste, um acordo, uma negociação. Os princípios da TAR não são aplicáveis, como um método imutável a ser seguido. A composição das redes não tem previsibilidade. “Redes são processos ou realizações mais do que relações ou estruturas que são dadas pela ordem das coisas” (LAW, 1997, p. 06). Alguns estranhamentos foram observados nos encontros do campo; nos ensaios e apresentação dos grupos pesquisados. Observei que há lugares instituídos; conexões que estão estabilizadas por mais tempo configurando formas e outras que não se estabilizam. Estas ficam à deriva e suas formas não se configuram ou não se estabelecem. Neste caso, a duração é muito variável para inferir uma instituição das formas. Criam-se novos acordos, novas negociações e novas traduções.

Tradução gera efeitos de ordenamento tais como dispositivos, agentes, instituições ou organizações. Assim “tradução” é um verbo que implica transformação e a possibilidade de equivalência [...] A teoria ator-rede quase sempre aborda suas tarefas empiricamente [...] Portanto, a conclusão empírica é que traduções são contingentes, locais e variáveis. [...] A tradução é mais efetiva se ela antecipa as respostas e reações dos materiais a serem traduzidos. (LAW, 1992, p. 06).

O conceito de tradução tem muita importância para nossa pesquisa, aos *actantes* atribuímos um modo de funcionar como mediadores, incluindo a pesquisadora. Latour define:

Mediadores transformam, traduzem, distorcem e modificam o significado ou os elementos que se supõem que devem transportar [...] Por simples que possa parecer um mediador [...] pode levar em múltiplas direções que modificarão todas as descrições contraditórias atribuídas a seu rol. (2008, p. 63).

Todos os *actantes* têm a potência de transmutar e desviar o fluxo da pesquisa e não são considerados como unidades. Em campo, a atenção é difusa e focal ao mesmo tempo, posto que as observações recaem aos humanos e não-humanos em movimento e mutáveis. Latour opõe ao mediador a noção de intermediário:

Intermediário é o que transporta significado ou força sem

transformação: definir seus dados de entrada para definir seus dados de saída. Para todo propósito prático um intermediário pode se considerar uma caixa preta que funciona como uma unidade, embora internamente está composta de muitas partes. (2008, p. 63).

Identificamos uma atenção específica ao entrar em campo e um cuidado inerente a esta função. A propósito, considerações e observações voltaram-se para os mediadores. “Latour afirma não ser possível conceber qualquer sociedade sem uma atenção ao trabalho de mediação posto em cena pelos objetos técnicos”. (PEDRO, 2010, p. 79).

I.2- Conhecimento situado

A proposta empírica, pragmática, coloca-nos em contato direto com o fazer das práticas. As produções teóricas não se dissociam das práticas, mas brotam da experimentação. O conhecimento produzido não é totalizado, globalizado. Considerando as fontes incertas como pontos de partida e priorizando as práticas, buscamos construir um modo de pesquisar local, situado, encarnado. Donna Haraway (1988) nos convoca a pensar na importância política da produção de conhecimento situado. Ela acentua a produção do conhecimento como forma de responsabilização. O conhecimento não é inocente, inoperante, isolado ou alheio. Ela aponta um argumento a favor do “conhecimento situado e corporificado” contra as

várias formas de postulados de conhecimento não localizáveis e, portanto, irresponsáveis. Irresponsável significa incapaz de ser chamado a prestar contas. Há grande valor em definir a possibilidade de ver a partir da periferia e dos abismos. (HARAWAY, 1988, p. 22).

Esta visão nos remete ao campo da saúde mental como uma ferramenta aplicável, posto que provoca algo diferente de um “dizer sobre”, mas implica em se observar quais os discursos reconhecíveis das práticas que estão sendo desenvolvidas na saúde mental. Por isto não falamos aqui da saúde mental como um todo, mas as descrições nos servem para as descrições daquilo que foi vivenciado na pesquisa de campo. Não se trata de um conhecimento sobre saúde mental, mas a visão de uma lente

quase microscópica, ou melhor dizendo, micropolítica¹⁷, sobre os fazeres neste campo especificado. Um conhecimento local, encarnado. Não uma transcendência totalizante.

Ter uma visão de baixo não é algo não problemático ou que se aprenda facilmente; mesmo que "nós" naturalmente habitemos o grande terreno subterrâneo dos saberes subjugados. Os posicionamentos dos subjugados não estão isentos de uma reavaliação crítica, de decodificação, desconstrução e interpretação; isto é, seja do modo semiológico, seja do modo hermenêutico da avaliação crítica. As perspectivas dos subjugados não são posições "inocentes". (HARAWAY, 1988, p. 23).

A princípio, não nos parece interessante classificar os usuários de serviços de saúde mental como subjugados, isto incorreria em ratificar o preconceito e a estigmatização. O que nos faz problematizar este termo em relação a eles baseia-se nas palavras ditas por uma usuária de serviço de saúde mental. Ela afirmava não gostar de nenhuma referência em que eles fossem tomados como incapacitados. Os usuários expressaram que não gostavam de ser vistos como coitados, eles queriam ser vistos como pessoas capazes. Esta foi uma das iniciativas que originaram o grupo “Mágicos do Som”, um dos grupos musicais em saúde mental do qual participei como integrante e posteriormente como pesquisadora (SIQUEIRA-SILVA, 2007). Esta posição dita pelos usuários marcou um registro dentro de minha experimentação enquanto profissional e enquanto pesquisadora da área de saúde mental. Contrapondo este pensamento dizer que eles não foram subjugados também poderia ser tomado como uma negação do histórico de maus tratos aos quais eles foram submetidos, mas esta noção dicotômica ainda soa-nos como ruídos. Conceber isto seria o mesmo que admitir que aquelas pessoas capazes com as quais trabalhei eram dominadas e enfraquecidas. Pelo contrário, apesar de elas terem vivenciado quase todos os modos manicomial de tratamento, elas produziam música, interagiam, ensinavam-me muito mais sobre os conceitos que eu havia antes aprendido nos bancos acadêmicos. O conhecimento situado que Haraway (1988) trata, também me enquadrava num posicionamento, não dá para falar de outro lugar além do que o situado, com todos os riscos que isto implica. Não se pode falar sobre os grupos musicais sem situá-los, posto que isto recairia em tratá-los como iguais,

¹⁷ “O plano na lógica micropolítica, nada tem a ver com a transcendência: ele se faz ao mesmo tempo que seu processo de composição. Ele é mais como os sons do que como as cores”. (ROLNIK, 1989, p. 63).

impossibilitando discursivamente os recursos e conexões que as diferenciações propiciam. Conhecimento situado não é necessariamente o vivenciado, mas o localizado, no espaço e no tempo, mediado por todas as associações que o fazem existir.

O termo “subjugados” assemelha-nos também a um termo homogeneizado, pronto, acabado. Não pretendemos a concepção dicotômica entre subjugados ou oprimidos em oposição a dominadores.

O relevante para nós neste momento, é que mesmo utilizando estes termos, Haraway (1988) aponta a localidade do conhecimento, a importância dele ser produzido situadamente. Isto implicaria sim, para nós, a importância do dizer, das ações, das questões trazidas pelos próprios usuários e com os interlocutores escolhidos por eles. Os grupos musicais, em seu repertório, trazem músicas de protesto contra as questões estigmatizadoras da saúde mental. Criticam também os serviços e os modos de atuação equivocados. Esta é a voz, não do relegado ao subjugo, mas o som dos que falam em nome de si, referenciados nos lugares que ocupam, ligados a suas conexões na rede que compõem. Sidney Dantas (2010) descreve o perfil de algumas músicas do grupo Harmonia Enlouquece, um dos grupos pesquisados e o mais expoente deste segmento em termos de visibilidade nas mídias e apresentações ao público.

Com suas letras fortes, polêmicas, questionadoras, irônicas e, muitas vezes, sarcásticas, denunciam as formas de tratamentos, desvelam as injustiças vividas nos manicômios, além de questionar os saberes sobre a doença mental situando-se, portanto, como porta voz daqueles que não tem voz. (DANTAS, 2010, p. 19).

Contrapondo a última frase desta citação, recorreremos ao seguinte questionamento: o usuário de saúde mental é aquele que não tem voz? Passou a ter voz a partir da música produzida ou apresentação? Passou a ter voz quando o profissional o escutou? O que pensamos a este respeito é que o agenciamento dos dizeres dos usuários vai ter mais ou menos audição e visibilidade a partir das conexões que foram conseguidas. A arte é um bom veiculador desses dizeres. Mas a questão ainda permanece: como os usuários não tem voz? Cria-se assim uma representatividade? A voz dos subjugados representados por outros subjugados? Haverá nesta frase a ideia de uma sobresubjugação? Neste momento vamos nos deter ao agenciamento que nos permite vislumbrar a reflexão de que eles podem falar por si. A questão permanece em aberto. Consideramos que este si não é uma unidade e está conectado com objetos e

outros não humanos.

As canções do grupo Harmonia Enlouquece interpelam os sujeitos provocando ‘erupções’ no discurso homogeneizador sobre as chamadas doenças mentais, causando, por isso, identificação tanto entre os usuários dos serviços de saúde mental quanto a todos aqueles comprometidos com os ideais da Luta Antimanicomial e da chamada Reforma Psiquiátrica. (DANTAS, 2010, p. 19).

O pensamento de Haraway (1988) acrescenta ao nosso tema o viés político-crítico-ativista-reivindicatório. A autora nos aponta que os subjugados não podem escapar das relações de poder e estão também sujeitos a desejar ou mesmo cair naquela posição (a posição do dominador). Discordamos da posição dicotômica entre subjugados e dominadores. Esta posição imprime um código que para nós se traduz em homogeneidade e estabilidades identitárias. Historicamente já foi registrado que houve e ainda há uma segregação ao usuário de serviços de saúde mental, o que lhe custou a liberdade e o colocou em desnecessárias situações de sofrimento. Digamos que os usuários não são subjugados. Eles já foram julgados e a sentença ainda não acabou, posto que o preconceito é uma arma silenciosa, como tortura medieval, vai perversamente minando as forças de agregação, da convivência, do respeito e da cidadania. Tomamos também a perspectiva de igualdade como perversa, posto que as diferenças é que precisam ser reconhecidas e respeitadas. Identificamos que as conquistas importantes não se enquadram em tentativas de se homogeneizar as pessoas, os saberes e as práticas. A perspectiva de se conviver com as diferenças é muito mais rica do que tentar implantar o identitário e totalizante posicionamento de igualdade.

A ‘igualdade’ de posicionamento é uma negação de responsabilidade e de avaliação crítica. Nas ideologias de objetividade, o relativismo é o perfeito gêmeo invertido da totalização; ambos negam interesse na posição, na corporificação e na perspectiva parcial; ambos tornam impossível ver bem. (HARAWAY, 1988, p. 24).

Relativizar o conhecimento ou torná-lo homogeneizador enfraquece as possibilidades de diferir. “A alternativa ao relativismo são saberes parciais, localizáveis, críticos, apoiados na possibilidade de redes de conexão, chamadas de solidariedade em política e de conversas compartilhadas em epistemologia” (HARAWAY, 1988, p. 23). Não identificamos igualdade em posição alguma: os humanos (usuários, artistas,

profissionais). Em não-humanos: instrumentos musicais, interesses, disputas de poder e outros.

Há um deslocamento no olhar que não cessa, mas há uma âncora do olhar do pesquisador que o prende. A visão nunca é clara, ela é turva, por vezes, caleidoscópica. Existe aqui uma preocupação com a parcialidade e a operância de sua localização. Reconhecemos a imprecisão, entretanto, ancoramo-nos nas descrições. Conectando assim os referenciais que se alinham como novelas em movimento. É este posicionamento que nos permite, muitas vezes, contrapor a ordem estigmatizante que implicaria na eliminação da possibilidade artística-midiática-socializante e geradora de renda dos grupos musicais na área da saúde mental.

Referimo-nos às práticas, estas sim, poderosas de fato a desinstituir as ideias arredondadas e formatadas dos pensamentos. As ações, vistas amiúde nas práticas, como observamos em campo, indicam que grandes blocos ordenadores de pensamentos assim como os segregatórios, são presentificados localmente. Mas, ao mesmo tempo, as práticas libertárias, revolucionárias e transgressoras também ali se expressam e se manifestam.

Donna Haraway traz a perspectiva de objetividade e racionalidade parciais. “É precisamente na política e na epistemologia das perspectivas parciais que está a possibilidade de uma avaliação crítica objetiva, firme e racional” (1988, p. 24). Corroborando com a posição de Haraway, afirmamos a objetividade e a racionalidade em outro sentido, redesenhamos o sentido. Lidamos com outras perspectivas mais amplas, menos sectarizadas do que poderia ser chamado de produção de conhecimento. A razão é parte de uma possibilidade, mas não a única. Em saúde mental não é a razão que é relativizada, é “multiplicada”, já inventando este termo. Ela se dissolve em multiplicidade. A argumentação de Haraway vai ao encontro do nosso tema:

Quero argumentar a favor de uma doutrina e de uma prática da objetividade que privilegie a contestação, a desconstrução, as conexões em rede e a esperança na transformação dos sistemas de conhecimento e nas maneiras de ver. Mas não é qualquer perspectiva parcial que serve; devemos ser hostis aos relativismos e holismos fáceis, feitos de adição e subsunção das partes. (HARAWAY, 1988, p. 25).

O pensamento aqui exposto de Haraway nos releva a importância dos engendramentos políticos, as implicações ativistas nesta perspectiva do conhecimento situado.

A adesão a posicionamentos móveis e ao distanciamento apaixonado depende da impossibilidade de políticas e epistemologias de "identidade" inocentes como estratégias para ver desde o ponto de vista dos subjugados, de modo a ver bem. Não se pode "ser" uma célula ou uma molécula - ou mulher, pessoa colonizada, trabalhadora e assim por diante - se se pretende ver e ver criticamente desde essas posições. "Ser" é muito mais problemático e contingente. Além disso, não é possível realocar-se em qualquer perspectiva dada sem ser responsável por esse movimento. A visão é sempre uma questão do poder de ver - e talvez da violência implícita em nossas práticas de visualização. Com o sangue de quem foram feitos os meus olhos? (HARAWAY, 1988, p. 25).

O ponto de vista de Haraway atenta para a responsabilidade de ver, observar e escrever a partir de um conhecimento situado, isto difere diametralmente de uma postura identitária. Entretanto, seu discurso incita a posicionamentos políticos ativistas. O nosso foco e a nossa prioridade são as relações micropolíticas. Ela nos escreve a respeito de política e ética como ferramentas importantes do ativismo. Acrescemos aqui que a saúde mental brasileira conquistou vulto quando os movimentos políticos se acirraram na luta dos trabalhadores de saúde mental e na luta antimanicomial, calcados nos ideais da Reforma Psiquiátrica Italiana. Embora os termos ética e política estejam citados como conexões estabilizadas e generalizadas, apontamos que atualmente no Brasil temos conquistas baseadas em ativismos políticos que mobilizaram muitos humanos e não-humanos. Isto se evidencia com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental iniciado em 1978 (AMARANTE, 1995). A importância destes movimentos políticos está agenciando à melhoria da qualidade dos serviços de saúde mental até o presente momento.

Posicionar-se é, portanto, a prática chave, base do conhecimento organizado em torno das imagens da visão, é como se organiza boa parte do discurso científico e filosófico ocidental. Posicionar-se implica em responsabilidade por nossas práticas capacitadoras. (HARAWAY, 1988, p. 27).

O comprometimento político da pesquisa acadêmica também nos interessa e aqui prezamos o que Haraway acrescenta como conhecimento situado; um pensamento que

escapa à visão totalizadora. Importa-nos: o que se diz? De onde? Conectado ao quê? Não é de nenhum lugar que se diz algo e os objetos também não estão ali sem uma implicação humana.

Não perseguimos a parcialidade em si mesma, mas pelas possibilidades de conexões e aberturas inesperadas que o conhecimento situado oferece. O único modo de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular. (HARAWAY, 1988, p. 33).

A relevância do posicionamento em referência ao conhecimento situado está associado também ao engajamento político ativista e nenhuma produção acadêmica está alijada de interesses. Há negociações políticas no processo de escrever, observar, escolher o tema e em todos os segmentos da produção acadêmica. O conhecimento situado está ancorado na experimentação mais amiúde, nas conexões dos fazeres dos *actantes*.

Saberes localizados requerem que o objeto do conhecimento seja visto como um ator e agente, não como uma tela, ou um terreno, ou um recurso, e, finalmente, nunca como um escravo do senhor que encerra a dialética apenas na sua agência e em sua autoridade de conhecimento "objetivo". A observação é paradigmaticamente clara nas abordagens críticas das ciências sociais e humanas, nas quais a própria agência das pessoas estudadas transforma todo o projeto de produção de teoria social. (HARAWAY, 1988, p. 36).

Esta supremacia reconhecida das conexões em detrimento a apriorismos caracteriza esta metodologia pragmática à disposição das incertezas como fontes. Os fazeres produzem os fatos que performam a visão sem pretensão totalizante. A proposta de objetividade que se apresenta, contudo, “não diz respeito a desengajamento, trata de um estruturar mútuo e comumente desigual, trata-se de assumir riscos num mundo no qual "nós" somos permanentemente mortais, isto é, não detemos o controle ‘final’” (HARAWAY, 1988, p. 40-41).

Neste trabalho ratificamos a construção do conhecimento situado como nossa escolha. A produção de conhecimento localizado é nossa aposta para evitar o que Latour chama de generalizações más (LATOURE, 2008b, p. 53). Latour nos incita a pensar que a generalização “deveria ser um veículo para percorrer tantas diferenças quanto possível- maximizando as articulações- e não uma forma de diminuir o número de

versões alternativas do mesmo fenômeno” (LATOURE, 2008b, p. 53-54). Ele aponta um erro dos epistemologistas eliminacionistas que tentam eliminar as versões, objetivando uma metodologia genérica. Ele se refere a duas versões de generalizações e distingue-as: “apresentar explicações tão gerais quanto possível é uma coisa; outra é eliminar *versões alternativas*” (LATOURE, 2008b, p. 53).

É interessante para nós pensarmos que as generalizações sejam pertinentes, posto que uma experimentação imediata no campo da saúde mental poderá contribuir para outras práticas. Não se trata de igualar as práticas nem reproduzi-las. As práticas não se repetem, as redes não são copiáveis. As produções musicais que pesquisamos são únicas, mas há ressonâncias. Para o cuidado em possíveis generalizações, Latour nos acrescenta:

Boas generalizações são as que permitem relacionar fenômenos muito diferentes, criando assim mais reconhecimento de diferenças inesperadas através do envolvimento de poucas entidades nas vidas e destinos de muitas outras; as más são aquelas que, porque conseguiram obter tanto sucesso localmente, tentam produzir uma generalidade, não através da relação com novas diferenças, mas antes desqualificando como irrelevantes as diferenças restantes. (LATOURE, 2008b, p. 53).

Latour apresenta a concepção de multiverso engendrando as possibilidades de produção de versões de realidade e estas eximem a ilusão de verdade única sobre o conhecimento construído. “Este mundo comum não é um mundo único ou unívoco – um “universo” – mas antes um *multiverso*, numa alusão ao termo cunhado por William James, que designa o universo livre de sua unificação prematura” (PEDRO, 2010, p. 87).

Portanto, nossa proposta não é formatar uma teoria geral sobre o tema dos grupos musicais em saúde mental, pois isto contribuiria para a homogeneização dos fazeres, o que se assemelharia às práticas manicomiais que aplicavam panaceias em modos de tratamentos indiferenciados aos usuários dos serviços. A proposta de Latour, é uma generalização que se arrisque em aceitar “ser simultaneamente geral e compatível com versões alternativas do multiverso” (LATOURE, 2008b, p. 54). Esta posição política, em nossas descrições, implica em evitar um eliminacionismo e conjugar dizeres *com* e não somente *sobre* a saúde mental. Multiverso serve-nos a compartilhar o pensamento de que a realidade não é pronta, fechada e que estamos buscando partilhar desta rede para acrescentar reflexões sobre as práticas em saúde mental. Mol (2008, p.

63) problematiza realidades com as perspectivas políticas que se associam quando estas estão sendo produzidas. Ela trata das produções de realidade como ação de políticas ontológicas¹⁸. Baseia-se na teoria ator-rede e em outras influências e afirma a realidade em sua dimensão ontológica, retirando o sentido aforístico de estabilidade, de determinismo: “a realidade é localizada, histórica, cultural e materialmente” (MOL, 2008, p. 64). A perspectiva micropolítica de Mol e autores afins transmutam o conceito de realidade para construções em multiplicidade nas quais todas as ações e conexões são atos políticos; agenciam poderes, interesses e complexidades. “O termo política, portanto, permite sublinhar este modo activo, este processo de modelação, bem como o seu carácter aberto e contestado” (MOL, 2008, p. 63). Concebemos então as práticas utilizadas em saúde mental como práticas políticas, as quais conectaram produções de realidades e materialidades que tiveram como efeitos os manicômios, as políticas públicas, as reformas, as contestações, as mudanças paradigmáticas nos tratamentos, as ações libertárias e todas as complexas facetas de multiplicidades. Mol (2008, p.63) refere-se ao termo ontologia que “na linguagem filosófica comum define o que pertence ao real, as condições de possibilidade com que vivemos”. E acrescenta que:

A combinação dos termos ‘ontologia’ e ‘política’ sugere-nos que as condições de possibilidade não são dadas à partida. Que a realidade não precede as práticas banais nas quais interagimos com ela, antes sendo modelada por essas práticas. (MOL, 2008, p. 63).

As recentes formações de grupos musicais em saúde mental traduzem novas associações e reflexões para a musicoterapia em saúde mental. E se a produção de conhecimento é local, há que se aprender os mecanismos que estas novas produções de realidades nos apresentam. Incita-nos a proposta múltipla que implica mobilidade. A lida no campo da saúde mental nos faz valorar a potência das mobilizações nos modos de agir, ver, perceber e lutar contra os estigmas e preconceitos. Mol propõe pluralizar o termo ontologia para ratificar a multiplicidade ao conceito.

Ontologias, note-se. A palavra tem agora que vir no plural. Porque, e trata-se de um passo fundamental, se a realidade é feita, se é localizada histórica, cultural e materialmente, também é múltipla. As realidades tornaram-se múltiplas. (MOL, 2008, p. 64).

¹⁸ Mol (2008, p. 63) afirma que o termo política ontológica foi uma invenção de John Law.

Ela difere este conceito de um “perspectivismo”, posto que este não dissolve o parâmetro de realidade como estabilidade e unidade, apenas modifica seu modo de ser visto. A concepção de política ontológica vai além de pluralismo e perspectivismo, traduz-se na proposição constitutiva de realidades que não são únicas, imutáveis e parâmetros de verdade. Problematiza a concepção construtivista.

Falar da realidade como múltipla depende de outro conjunto de metáforas. Não as de perspectiva e construção, mas sim as de intervenção e performance. Estas sugerem uma realidade que é feita e performada [*enacted*], e não tanto observada. Em lugar de ser vista por uma diversidade de olhos, mantendo-se intocada no centro, a realidade é manipulada por meio de vários instrumentos, no curso de uma série de diferentes práticas. (MOL, 2008, p. 66).

Não se trata de uma perspectiva construtivista, mas a noção de que a realidade é construída; “o social é real justamente porque é construído” (PEDRO, 2010, p. 83). As realidades produzidas nas práticas em saúde mental nem sempre foram agenciadas à aceitação das diferenças, respeito e cidadania, mas elas são mutáveis. Os engajamentos políticos, os questionamentos acadêmicos, a observação de dizeres e práticas diferenciadas já mobilizam forças capazes de melhorar as condições de atendimento aos usuários. “O termo ‘política ontológica’ sugere uma ligação entre o real, as condições de possibilidade com que vivemos, e o político”. (MOL, 2008, p. 75).

Haraway (1988) nos contempla em suas discussões que permitem pensar sobre as macro-políticas; em se tratando de políticas voltadas para instâncias estabilizadas por longo tempo, tais como o estigma aos usuários de serviços de saúde mental na posição de pessoas em sofrimento psíquico cujo dizer é imprescindível para libertação das segregações. Mol (2008) encarna a discussão também local e situada assim como propõe Haraway (1988), ambas se afinam à dissolução dos blocos homogêneos de realidades, flexibilizando-as e destituindo-as do *status* de unívocas. Trazem-nos também um aspecto revolucionário neste pensamento.

Não por acaso, as expressões “Política Ontológica” e “Política Epistemológica” são usadas por esses autores para designar um modo de apreensão/intervenção nos coletivos/multiversos, em que os

pesquisadores são “estrategistas de interesses” (Stengers, 2002), buscando sempre ampliar as articulações, com vistas a uma melhor composição. (PEDRO, 2010, p. 86).

Estas proposições nos incitam a lidar com questões em saúde mental e a pensar sobre as controvérsias deste campo.

I.3 – Controvérsias

O que são? A que se propõem? Como se apresentam? Onde se apresentam?

As controvérsias se apresentaram em problematizações advindas do campo. Elas não são unidades.

Inúmeros pesquisadores no âmbito da sociologia das ciências e das técnicas têm defendido o estudo das controvérsias como uma poderosa ferramenta metodológica para nos aproximarmos da compreensão da “sociedade tal como ela se faz” (Callon, 1999, p. 100). Trata-se, mesmo, de compreender a própria ciência no processo de se fazer, de se produzir, evidenciando o quanto o campo da pesquisa científica e da inovação tecnológica pode ser incerto e imprevisível. Este caráter de incerteza é aqui tomado em sua positividade, o que faz da pesquisa uma experimentação coletiva, partilhada por humanos e não-humanos. (PEDRO, 2010, p. 86-87).

Cabe ressaltar que esta pesquisa acontece num campo bastante heterogêneo. Não é o campo reconhecidamente tecnológico que a abriga. Trata-se de uma pesquisa no campo da saúde mental, tendo a musicoterapia e a música como *actantes* importantes. A incerteza é parte do processo de pesquisar como um agente veiculador imprescindível. A psicologia entra como cenário do instituído percurso acadêmico, trata-se de um doutorado em psicologia. Soma-se a isto o estágio doutoral feito no Centro de Estudos Sociais, em Coimbra, que está vinculado a Faculdade de Economia. A Teoria Ator-Rede se constitui numa ferramenta para rastrear as controvérsias advindas do campo. Através dos efeitos das conexões pode-se identificar quais são os grandes nós do campo, os desvios, as pequenas ingerências de elementos imprevisíveis. Os efeitos sociais guardam esta complexidade de serem produzidos sem estrutura predefinida, e os acontecimentos são compartilhados com uma inexatidão nada contemplativa. Estamos

no campo com o risco de que este se desmorone a cada conexão. A rede não para. As controvérsias não são prescritas, porém identificá-las é um encontro significativo. Não sabemos de antemão se iremos reconhecê-las nem sabemos onde estão, de qual conexão podem surgir e onde podem nos levar. Pesquisar analisando as controvérsias se constitui em algo inesperado. Os *actantes* visivelmente tecnológicos estão presentes, mesmo que o campo não seja reconhecido como tecnológico. Afinal, qual ciência é exata mesmo?

Antes de entrar no campo, eu li e vivenciei algumas situações do que supostamente iria encontrar. Identifiquei já na bibliografia vinculada algumas questões pertinentes ao tema, problematizações, posicionamentos dos autores, embasamento teórico-metodológico etc. Ao encontrar-me no campo, percebi que uma enxurrada de questões se apresentaram, eram as conexões da rede. Diante desta afronta de incertezas, mobilidades e buscando rastrear as materialidades das conexões, pude encontrar algumas controvérsias. Elas não se constituem por pensamentos, palavras, objetos que diametralmente se opõem. Elas não são simples e não se apresentam ou manifestam-se por pura habilidade do pesquisador. As controvérsias nos tomam de assalto. São xeques do campo, impasses sem soluções visíveis. Amplamente conectadas em engendramentos fortes e provocando entroncamentos. As controvérsias não podem ser detectadas *a priori*. Quando são encontradas, o pesquisador já faz parte da rede e é aí que elas surgem e/ou são percebidas. Brotam. O motivo parece simples: uma controvérsia não se constitui sem que haja tensão, com agenciamentos contraditórios e afetando humanos e não-humanos. Ela é complexa e se desenvolve a partir de nós nas redes, envolvendo muitos e importantes *actantes* das redes em que se pesquisa. A amplitude da controvérsia se deve a ela sempre se expandir à rede imediata a que se está inserido. Ela pode inclusive fragilizar algumas conexões e fortalecer outras imprevistas. Afinal, estamos adentrando sem o amparo de qualquer certeza. Ela não é apenas o nó da rede, ela pode se manifestar como a ponta de saída para outras redes e sempre agencia forças maiores, muitas vezes desagregando interesses e intenções vistos como parâmetros estáveis e reconhecidos como assertivos. Elas são detectadas a partir dos rastros de conexões mais imediatas do campo. As controvérsias estão sendo produzidas durante os processos que se constroem as realidades e, portanto, podem até gerar realidades outras que não as percebidas nos planos superficiais de observação.

As controvérsias articuladas em torno de dispositivos tecnocientíficos constituem um espaço privilegiado para a pesquisa, pois, ao envolverem

debates não apenas no interior do círculo restrito de teóricos e especialistas, mas articulando também outros actantes, tornam-se, em certa medida, produtoras da sociedade. (PEDRO, 2010, p. 87-88).

Os agentes destas descobertas não são os pesquisadores, eles são apenas um dos *actantes* que estão presentes no momento de expressão de uma controvérsia. Às vezes elas estão tão próximas que eles nem as percebem; ou por estarem envolvidos com outras conexões, ou por vários outros interesses que os convocam a não burilá-las. As controvérsias se apresentam muitas vezes como os pontos mais fortes de uma pesquisa, como descobertas, como antíteses. As controvérsias podem se sobrepor a pesquisa e modificá-la radicalmente. Parafraseando Raul Seixas¹⁹, elas podem se transformar na “mosca na sopa” da pesquisa científica, posto que localmente é possível identificar contradições nos discursos, nos interesses, nos investimentos, nas intenções, nos comportamentos de humanos e não-humanos. A complexidade e amplitude caracterizam as controvérsias. Entrar em campo buscando-as, tentando analisar e/ou cartografá-las é um desafio para o pesquisador, mas tanto quanto provocador. Contudo, também não há uma intenção prévia na análise da controvérsia, ela escapa aos controles. O que nos parece mais interessante nas controvérsias é que elas promovem a invenção de novos dizeres, de outros saberes e percepções de equívocos, com possibilidades de mais traduções.

De modo simples, pode-se definir controvérsia como um debate (ou uma polêmica) que tem por “objetivo” conhecimentos científicos ou técnicos que ainda não estão totalmente consagrados. Isto significa que os objetos privilegiados de tais análises são as chamadas “caixas-cinza”, ou seja, questões de pesquisa que ainda portam em si controvérsias, interrogações, que ainda não se constituíram em uma “caixa-preta”. (PEDRO, 2010, p. 87).

Cabe ressaltar que consideramos aqui as caixas-pretas em sua localização no tempo e espaço. Elas só existem em determinado tempo, reconhecidas e sustentadas por determinados *actantes* num determinado campo.

¹⁹ “Mosca na Sopa”, música de Raul Seixas, letra e vídeo disponível em <http://letras.terra.com.br/raul-seixas/48320/>.

O termo caixa-preta (...) é utilizado na sociologia das ciências para falar de um fato ou de um artefato técnico bem estabelecido. Significa que ele não é mais objeto de controvérsia, de interrogação nem de dúvidas, mas que é tido como um dado (...). Quando uma técnica ainda não está completamente estabelecida como caixa-preta, falamos de caixa cinza (Latour) ou caixa translúcida (Jordan e Lynch). (VINCK *apud* PEDRO, 2010, p. 87).

Nossa proposição é a de que antes de se tornarem caixas-pretas, estes constructos tiveram abordadas suas flexibilidades. Suas conexões, interesses, dúvidas, incertezas, paradoxos e controvérsias estavam vibrando, mobilizando-se. Com as estabilizações de muitos *actantes* e conexões fortes, algumas associações foram tomadas em sua dimensão com variações pouco perceptíveis. Entretanto, algum humano ou não-humano é passível de estabilidade perene? Problematizamos que em algum momento e com diversos interesses concatenados, outros agenciamentos são produzidos e há mobilizações e mudanças. Dissolvem-se algumas estabilizações e outras se processam. Como o processo de ir e vir do ritornelo, com seus movimentos concomitantes de territorialização, desterritorialização e reterritorialização (DELEUZE e GUATTARI *apud* SIQUEIRA-SILVA, 2007, p. 88). Em se tratando de produção de conhecimento, podemos contar com estas possibilidades de variação, e a isto contribui a ciência aberta, sem estar fechada nem pronta. As produções acadêmicas e/ou científicas, no campo das ciências humanas-tecnológicas-sociais, ao nosso ver, devem acautelarem-se de se tornarem, elas mesmas, as caixas-pretas. As controvérsias amplificam estas necessidades na produção do conhecimento, posto que agenciam mudanças que agregam muitos *actantes*. As disputas de poder e os interesses se agenciam às redes tanto quanto os objetos técnicos.

Segundo Lea e Paulo Velho (2002), a análise de controvérsias técnicas e científicas começa a ganhar destaque no âmbito dos estudos que buscavam compreender o processo de construção do conhecimento, evidenciando seu caráter contextual e contingencial. Nelkin [...] prefere acentuar o caráter político, econômico e ético do surgimento dos estudos sistemáticos sobre controvérsias, sustentando que as questões aí envolvidas “(...) têm menos relação com as implicações da ciência e tecnologia do que com as relações de poder associadas a elas” (Nelkin, 1999, p. 447). Tais considerações nos fornecem pistas de que acompanhar as controvérsias é, igualmente, apreender a mistura entre conhecimento e sociedade. (PEDRO, 2010, p. 87).

O que fizemos neste trabalho foi acompanhar algumas controvérsias no campo dos grupos musicais em saúde mental. Sem dúvida, nossa inspiração foi a Teoria Ator-Rede e algumas ideias da pesquisa etnográfica tal como proposta por Caiafa (2007). Está claro, para nós, a não dissociação entre pesquisa acadêmico-científica e política, no âmbito macro e micropolítico. Os movimentos nas redes observadas eram nossa premissa no campo, algo do fazer-fazer, estar ali em meio a tanto o que observar: instrumentos musicais, pessoas, inter-relações, interesses, intervenções e tantas outras mobilidades dos *actantes*. Não era um mapa com suas diretrizes bem demarcadas, ali estávamos tão participantes como qualquer outro da rede. O meio para traduzir era uma caleidoscópica visão, onde a cada momento se performavam novas nuances, novos agenciamentos. Mobilizar-se mediante os acontecimentos e com eles inventar os modos de atuar. Sentidos múltiplos.

Ao se voltar para o estudo prático das redes, a Teoria Ator-Rede propõe, como principal diretriz metodológica, “seguir os atores” e deixa-los falar, ou seja, mapear as controvérsias que emergem da dinâmica das traduções recíprocas – o que possibilita apreender a rede “tal como ela se faz”. Como toda tradução implica um deslocamento, um desvio de rota, uma mediação ou invenção de uma relação antes inexistente, cada movimento modifica também a rede. A cartografia dessas controvérsias permitirá desenhar um relevo a partir dos movimentos dos atores – e da composição desses movimentos com aqueles do próprio pesquisador. (Latour, 2006). (PEDRO, 2010, p. 88).

Em dissertação escrita anteriormente (SIQUEIRA-SILVA, 2007) nós abordamos o conceito de cartografia, em versão de Rolnik (1989). O que nos acrescenta este conceito não cabe apenas na mobilidade, a cartografia tornou-se para nós um modo de pensar, sem perspectivismo e quaisquer expectativas de certezas. Eis o deslocamento constante das traduções em campo. Reconhecemos que em saúde mental, precisamente em Reforma Psiquiátrica, quando falamos em movimento, podemos nos referir aos movimentos macropolíticos que aconteceram e estão acontecendo; os que agenciam as leis, a criação dos serviços de saúde mental, as instituições etc. Mas vale acrescentar que os mecanismos micropolíticos estão atuando o tempo todo. A cartografia das controvérsias nos parece interessante porque evidencia as conexões entre as macro e micropolíticas. O fato de que as controvérsias são observadas durante os fazeres, em conhecimento situado, na configuração das traduções, concebe uma materialidade e interações imediatas. As micropolíticas são identificadas nos rastros deixados pelas

conexões no campo de pesquisa. Mas não se detém aí, as macropolíticas; políticas das conexões mais estáveis e visíveis, são identificadas neste olhar. Através da identificação e problematização das controvérsias, é possível enxergar as macropolíticas e quiçá mobilizá-las. O ato de cartografar as controvérsias se insere duplamente como um ato político. “Tudo é político mas toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica” (DELEUZE & GUATTARI *apud* NEVES, 2002, p. 46). Cartografar as controvérsias se constitui num modo de pensar e atuar no campo, esta experimentação nos toca enquanto imprevisível, política, instável, situada e desafiadora.

A cartografia, diferentemente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações: ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra-aqui, movimentos do desejo -, que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente. (ROLNIK, 1989, p. 62).

Os nós que identificamos nas controvérsias são pistas que podem transformar versões de realidades. As versões formam algumas estabilizações de muitas conexões, portanto, as cartografias reconhecem-nas, mesmo que temporariamente, até que outras cartografias engendrem outras conexões.

Associada à dinâmica das controvérsias, a cartografia como método permite evidenciar o quanto os processos de construção do conhecimento se mesclam com os movimentos que constituem a própria rede, acentuando seu caráter contingencial. (PEDRO, 2010, p. 89).

Rosa Pedro, pesquisadora brasileira, acrescenta algumas pistas nos movimentos de cartografar as controvérsias, ela destaca quatro “movimentos mínimos” (TRANNIN & PEDRO *apud* PEDRO 2010, p. 90-91) nas observações e ações em campo. Relacionamos com nossas experimentações.

1- *Buscar uma porta de entrada* - Este seria o primeiro movimento, posto que as observações implicam o pesquisador como *actante* e este deve estar imerso na rede que pretende pesquisar, mobilizando-se também nas conexões. Entrar na rede é um processo importante e interessante, abordaremos esta tradução no segundo capítulo através de descrições do campo.

2- *Identificar os porta-vozes* - O porta-voz condensa e evidencia expressões de outros *actantes*. Não se trata de falar pelo outro ou de representá-lo, mas efeitos de expressão em ressonância com outros. Os porta-vozes “falam pela rede” (PEDRO, 2010, p. 90), eles se deixam visibilizar e resumem a performance de outros *actantes*. Nesta pista, Pedro aborda também a importância de identificar as recalcitrâncias, as “vozes discordantes”, (2010, p. 90) também presentes nas redes. Estas são as que destoam, as que contrapõem, as que nos mostram/apontam desvios.

²⁰3- *Acessar os dispositivos de inscrição - tudo o que possibilite uma exposição visual, de qualquer tipo, em textos e documentos, e que possibilitem ‘objetivar’ a rede.* Em campo, visitamos os locais, ouvimos os CD’s, acessamos o site de um dos grupos. Também vimos vídeos de dois grupos no *youtube*, em apresentações e entrevistas para canais de TV. Lemos as letras das músicas, descrevemos o que vimos e presenciamos ensaios e shows dos grupos musicais pesquisados. Também entrevistamos profissionais. Buscamos os rastros das conexões, materialidades que traduzissem alguma controvérsia; em capítulo posterior trataremos reflexões e descrições sobre estas experimentações em campo.

4- *Mapear as associações entre os actantes*- aponta-nos a rede em várias direções. O que observar? A atenção difusa em algum tempo pela massa de informações a que estamos expostos. Diríamos que algo nos escolhe e a nossa atenção se concentra, tocamos alguns agenciamentos e ‘delineamos’ algumas conexões; relações que se nos apresentam. Estamos fazendo parte das múltiplas traduções concomitantes. Pedro (2010, p. 91) aponta-nos as ‘articulações’ das traduções como algo a ser identificado: *efeitos de sinergia ou de cooperação na rede; os efeitos de encadeamento ou de repercussão da rede; as cristalizações ou limitações da rede.* Este ponto traz uma questão interessante relacionada à amplitude da controvérsia. As cristalizações referem-se a estabilizações nas conexões que podem se estabilizar por certo tempo, dando a impressão de ser fixa ou até insolúvel. E durante um período de tempo, as cristalizações podem limitar a amplitude da rede, dificultando o fluxo de conexões em determinadas direções devido a conexões enrijecidas. As cooperações na rede podem acontecer nas interações entre humanos e não-humanos, ressaltamos a importância de conceber a ideia de cooperação não somente relacionada a humanos.

²⁰ Para não confundir o leitor que atua em saúde mental, ratificamos que não é um porta-voz que fala por um ‘suposto incapacitado’ usuário de saúde mental; não afirmamos esta ideia. Esta pista se refere aos *actantes* que traduzem outros *actantes* que deixam transparecer as controvérsias.

Diante da prerrogativa de interação entre os domínios da ciência, tecnologia e sociedade, Pedro inclui que a cartografia de controvérsias

ao evidenciar o jogo das traduções recíprocas que se encontra em funcionamento em uma rede [...] possibilita colocar em questão as perspectivas que se limitam a ver a ciência e a tecnologia como um corpo de conhecimentos que deve ser estudado em si mesmo. As redes estabelecidas por tais produções são mais vastas e heterogêneas, ultrapassando o domínio da ciência e atravessando o conjunto da sociedade [...] elas permitem desafiar os limites que possibilitam separar ciência e tecnologia de sociedade, o que evidencia [...] a articulação solidária entre o estudo de controvérsias e o modelo teórico de redes. (2010, p. 91).

Conectam-se então as possibilidades de pesquisas que apontem nesta direção e vários teóricos se encarregam de esmiuçar cada rede no intuito de verificar quando e como estas conexões se justificam, complementam-se, associam-se e onde, como e para quê surgem as controvérsias. Quais os interesses agregados? Quais as mudanças e mobilizações políticas ancoradas nas micro e macro possibilidades, agenciando poderes, forças e engrenagens? A teoria ator-rede está inserida nos estudos sobre Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS)²¹ como uma ferramenta que nos possibilita evidenciar conexões, ligando teoria e prática sem distinção, produzindo saberes a partir de fazeres, marcados pelas incertezas de cada investigação. Mediar, considerando este ato como político e tradutor em seu modo de funcionamento, é a atribuição de todos os *actantes*, inclusive do pesquisador. “Como afirma Latour (2006), uma pesquisa que se propõe a seguir as associações e cartografar as controvérsias é, ela própria, um mediador” (PEDRO, 2010, p. 93). Com referência a objetividade e cartografia de controvérsias, Pedro acrescenta que

possibilita-nos o acesso a uma objetividade que não se refere às chamadas questões de fato – que se pretendem frias e desinteressadas – mas às questões de interesses – controvertidas, quentes, arriscadas. Uma objetividade, portanto, que não repousa mais em um silêncio

²¹ “O campo de estudos CTS é bastante vasto, reúne pesquisas em diversas áreas. Nesse campo, a noção de rede é afirmada como uma ontologia de geometria variável, que se refere a um processo ativo de associação, no qual as entidades emergem. Assim, afirma-se que a realidade é construída, é efeito de tal processo de associação ativa. Para mais informações sobre esse campo de estudos, ver Law e Hassard, 1999; Latour, 1994; Moraes, 2004, Law, 2008”. (MORAES & ARENDT, 2011, p. 109).

admirativo, mas antes, emerge como efeito de traduções/versões distintas e controversas. (2010, p. 94)

Cabe acrescentar que esta objetividade aqui tratada tanto por Pedro (2010) quanto por Hawaray (1988) não se refere à oposição entre objetividade e subjetividade, mas insere um outro código, um modo de operar que ratifica o envolvimento dos *actantes* em ação, em suas conexões imprevistas. Conexões implicadas, considerando interesses e sem isenção dos efeitos.

I.4- As portas de entrada: descrições e metodologia

Com a ferramenta metodológica da TAR, é imprescindível que o conhecimento seja produzido a partir da experimentação. Como início do procedimento em campo, na perspectiva de cartografar as controvérsias, Pedro (2010, p. 90) refere-se a buscar uma porta de entrada na rede e seguir os atores. Acompanhá-los em ação era nosso objetivo metodológico; procurar os rastros das conexões e observar seus efeitos era o link para entrarmos no campo no momento, no acontecer das experimentações. Daí a proposta foi acompanhar ensaios e apresentações dos grupos inicialmente determinados.

Durante a definição inicial da pesquisa, pensamos em dois grupos da cidade do Rio de Janeiro que reconhecidamente tinham uma trajetória como grupo musical em saúde mental. Posteriormente, em estágio doutoral em Coimbra, identificamos nesta cidade portuguesa um grupo musical chamado Trazer para Casa, na unidade de saúde mental de Lorvão, vinculada ao Hospital Psiquiátrico Sobral Cid. Este grupo tem características ressonantes com os grupos cariocas pesquisados.

A seguir, através de pequenas descrições e argumentos metodológicos, vamos contar a história da entrada nestes campos e de como os lugares foram tomando colorações variadas dependendo das conexões que aconteciam a cada encontro. Percebemos que a porta de entrada como modo de início no campo nem sempre é de simples inserção.

Em nosso processo de pesquisa consideramos importante estar ligado aos fazeres imediatos das produções musicais em saúde mental. Estas já nos eram conhecidas, mas pretendíamos ir além de um contato profissional como musicoterapeuta atuante no

campo. Então, inicialmente, por onde começar? Por atuar na área e compartilhar da criação de grupo musical em saúde mental (SIQUEIRA-SILVA, 2007), identificamos a importância de acompanhar o “Cancioneiros do IPUB”; primeiro grupo musical com repercussão nas mídias e geração de renda. Este grupo surgiu no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tendo em mãos o projeto de pesquisa pronto, segundo os critérios e normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), entrei em contato com a secretária do comitê de ética relacionado ao IPUB (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro) para que meu projeto fosse avaliado por este comitê. Segui criteriosamente o prescrito, contatei inclusive o musicoterapeuta responsável pelo grupo, tendo dele a mais acolhedora percepção da minha proposta. Nós já nos conhecíamos previamente e frequentemente nos encontrávamos em eventos ligados à saúde mental e musicoterapia. Qual minha surpresa, ao saber da secretária do comitê que o meu projeto nem seria discutido ou visto pelo comitê de ética. A justificativa emitida por e-mail era a de que a UFRJ só estava aceitando projetos de pesquisadores desta instituição. Foi o primeiro comitê de ética que eu pleiteava, e para mim foi uma experiência muito desagradável. Eu não entendia e continuo não entendendo por que eu, como pesquisadora da Universidade Federal Fluminense (UFF), não poderia ter o direito de que meu projeto fosse, pelo menos, avaliado no Comitê da UFRJ. Fui pessoalmente tentar conversar com algum professor pertencente ao comitê, momento em que fui desencorajada pela secretária que, complementando o motivo do veto de entrada no comitê, disse-me que anteriormente outros pesquisadores teriam causado problemas, ela não especificou se ao comitê ou à UFRJ. Fiquei decepcionada com esta posição. Gostaria de ter tido a oportunidade de que meu projeto de pesquisa fosse avaliado pelo comitê. Eu pensaria ser justo, caso não o aceitassem após leitura e avaliação, mas não poder ser avaliado por este motivo eu não considerei justo. Infelizmente, tive que desistir de pesquisar em campo, com o grupo que começou este movimento em 1996.

Eu já pensava em pesquisar também o grupo Harmonia Enlouquece, neste não tive tais problemas. O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro não se opôs a avaliar meu projeto e o aprovou sem retificações. O grupo Sistema Nervoso Alterado, surgido no Instituto Municipal Nise da Silveira, tem o seu comitê de ética pelo Instituto Philippe Pinel. O meu projeto neste comitê também foi avaliado e aprovado.

Em Coimbra, meu contato com o grupo TPC aconteceu por intermédio dos

profissionais de saúde. Em visita ao Hospital Sobral Cid, conheci o serviço de terapia ocupacional, conversei com umaicineira e duas enfermeiras. Elas me falaram sobre a existência de um grupo musical em Lorvão, uma unidade vinculada a este hospital. Contatei um enfermeiro participante e consegui entrevista-lo juntamente com outro enfermeiro que também fazia parte do grupo. Conteí sobre minha pesquisa e eles se interessaram pelo tema. Mostraram interesse nos conhecimentos sobre musicoterapia e um deles chegou a dizer que gostaria de fazer o curso e até me perguntou sobre a possibilidade de fazer no Brasil. Ambos são enfermeiros e músicos. Eu não pude ensaiar com o grupo nem participar de apresentações, porque os ensaios não ocorreram desde o período que eu os localizei em Lorvão até meu retorno ao Brasil.

Cabe aqui salientar que segui as sugestões tanto da minha orientadora brasileira quanto do meu coorientador português, e através disto, consegui localizar, aproximar-me e entrevistar os componentes dos grupos. Poderíamos dizer que foi informal esta nossa conversa já que não me foi exigido nenhuma documentação da pesquisa nem passagem do projeto por um comitê de ética institucional. Eu disse que era pesquisadora brasileira, em estágio doutoral na Universidade de Coimbra e citei o nome de meu coorientador português. Também esclareci sobre o tema da pesquisa e o objetivo, detalhei a abordagem teórico-metodológica e aproveitei para falar sobre a Saúde Mental no Brasil. Também tive a oportunidade de contatar a Associação Portuguesa de Musicoterapia, que inclusive não sabia da existência deste grupo musical na saúde mental portuguesa. Não houve nenhum impedimento para meu contato com os profissionais do TPC.

Em Coimbra, a porta de entrada no campo foi muito diferente do que no Rio de Janeiro. As pessoas não me conheciam, não havia experimentação prévia. Eu não conhecia os profissionais da cidade nem eles sabiam sobre meu trabalho. Eu já entrei em campo no *status quo* de pesquisadora. No Rio de Janeiro tive que construir um lugar de pesquisadora através de negociações em que pesava o fato de eu estar trabalhando no campo da saúde mental há quase vinte anos, na função de musicoterapeuta e ser conhecida pelo meu trabalho com um dos grupos musicais deste movimento, o “Mágicos do Som” (SIQUEIRA-SILVA, 2007). Em Coimbra, todos estes fatores não eram relevantes. A rede lá não se constituiu com estes *actantes*. Foram outros os que agenciaram a rede. Apresentamos a seguir os rastros/efeitos das conexões que permitiram esta acolhedora porta de entrada em Coimbra:

*Fatores como o reconhecimento da Universidade de Coimbra como um campo respeitado de pesquisa podem ter contribuído, posto que, esta universidade é historicamente reconhecida e respeitada. É a terceira universidade mais antiga de toda a Europa e os seus pesquisadores são tomados como referências há muitos séculos. Ela foi fundada em 1209. Ao dizer que eu estava em estágio de doutoramento em Coimbra, isto gerava uma identificação de reconhecimento junto aos profissionais que eu contatei nos serviços de saúde mental.

*A simpatia com os brasileiros e sua musicalidade também podem ter sido importantes. Em muitos lugares que frequentei, as pessoas faziam comentários amistosos quanto a duas contribuições culturais brasileiras: a música e as novelas; estas muito assistidas e comentadas pelos portugueses. O grupo Harmonia Enlouquece, os Cancioneiros do IPUB e outros pertencentes ao campo artístico da saúde mental apareceram em capítulos da novela *Caminho das Índias*, também exibida em Portugal. Foi interessante observar que algumas pessoas lembravam da temática de saúde mental abordada por esta novela. Antes de entrevistar aicineira no Hospital Sobral Cid, conversei informalmente sobre o tema e pesquisa com alguns enfermeiros e eles fizeram estas referências à música e novela brasileiras.

*O fato da pesquisa ter sido um veiculador de troca de experiências entre Rio de Janeiro e Coimbra pode também ter fomentado a livre e espontânea exposição dos entrevistados. A visão dos portugueses sobre a cidade do Rio de Janeiro apresentava prioritariamente três aspectos: beleza natural, musicalidade e violência. O Carnaval e o que eles televisivamente captaram da cultura carioca, de certo modo, aspiravam admiração pela cidade. As informações de que a violência tinha sido controlada pelo Estado ativava a curiosidade aos que não conheciam e saudade aos que já estiveram aqui. Coimbra poderia ser caracterizada por uma cidade belíssima sob o ponto de vista histórico e bem-estar, com diferenças complementares ao Rio de Janeiro.

*A troca de informações sobre saúde mental em meio à crise econômica portuguesa que já afetava o quantitativo de profissionais também pode ter influenciado o interesse dos entrevistados e dos outros profissionais que me atenderam atenciosamente nos dois hospitais que visitei; Lorvão e Sobral Cid, outra rede.

*As diferentes abordagens em saúde mental preconizadas nos dois países também eram motivo de interesse dos entrevistados. Em Portugal utiliza-se a

abordagem Psiquiatria de Setor ²², e no Brasil, a Reforma Psiquiátrica é a tônica dos programas de saúde mental pelo país. Os profissionais comentaram que gostariam de saber mais sobre este modo de atuação no Brasil. A crise econômica acirrou o criticismo do profissional de saúde mental em vários aspectos. No terceiro capítulo iremos abordar estes dois modelos de atendimento ao usuário de serviços de saúde mental.

Os efeitos destas conexões foram surpreendentes quanto ao modo de entrada. Diferenças que compõem o cenário e ratificam a imprevisibilidade da rede em se tratando de sua capacidade de ramificação, segundo os *actantes* que engendra.

Inspiração etnográfica na porta de entrada carioca

Que lugar ocupou a observadora/pesquisadora, em campo? Visualizamos alguns rastros de que o lugar de pesquisadora seguiu como um nômade nesta pesquisa cujo desconhecido nos incitou a caminhar construindo o caminho durante o percurso. A proposta foi observarmos as produções em seu fazer, seguirmos os *actantes* sem neutralidade.

O observador ocupa, portanto, uma posição intermediária entre a do noviço (caso ideal inexistente) e a do membro da equipe [...] Será preciso, no entanto, que ele escolha um princípio organizador [...] esse princípio organizador deve ser o fio de Ariadne que guia o observador no labirinto em que reinam o caos e a confusão. (LATOURE, 1997, p. 36-37).

A posição em campo se deu como resultado de uma negociação entre forças de familiaridades anteriores e estranhamentos, nos quais estavam em jogo os lugares de musicoterapeuta, com conexões em certa estabilidade e o outro lugar, o de pesquisadora. Este foi ocupado de modo móvel, inicialmente oscilante, com poucas fixações visto que em algumas situações, emergiam rastros de vínculos anteriores. Percebemos que a minha receptividade no campo como pesquisadora teve um acolhimento diferenciado porque nós (eu, os usuários e os profissionais) já nos conhecíamos anteriormente. Fui bem recebida em ambos os grupos, tanto os

²² A Psiquiatria de Setor em Portugal foi influenciada pelos franceses e a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pelos italianos. Trataremos das duas abordagens em saúde mental no capítulo IV.

profissionais quanto os usuários me receberam com acolhimento e simpatia. Mas o lugar de pesquisadora foi uma conquista negociada, já que para mim também era estranho ocupar este lugar em ambiente tão familiarizado. Pensamos localmente e observamos o devir dos fatos, a produção das problemáticas. Entramos em campo pelo lugar de pesquisadora, mas verificamos que as saídas foram múltiplas. Oscilamos nos lugares assim como observamos isto no campo, o que poderia condizer com o aspecto móvel da rede. Mesmo quando esperamos encontrar algo ao estabelecer os objetivos da pesquisa, deparamo-nos com as surpresas do campo, as quais o tornaram fascinante e desafiador. Havia conexões anteriores que se presentificaram quando um outro *actante* (a pesquisadora) entrou na rede. Efeitos da função de musicoterapeuta, colega de trabalho, ativista da saúde mental entraram na rede com reincidência. Poderia ter sido diferente? Acreditamos que tenha sido produzido não um retorno, mas uma reconfiguração na rede. A entrada de uma outra função que mobilizou uma tradução dos outros lugares anteriormente instituídos. As conexões já estabilizadas dos lugares de musicoterapeuta e de profissional da área entraram em negociação com a nova posição, a de pesquisadora, o que desestabilizou estes *actantes*. Eram funções diferentes cuja ocupação oscilou algo anteriormente visto como uma unidade. Várias possibilidades de atuação se encontraram e negociaram um espaço. Depois deste momento inicial no campo, não houve mais a solicitação da função de musicoterapeuta. Aconteceu um processo para a entrada na rede do lugar de pesquisadora.

A verdadeira passagem ocorre no meio... Eis o nadador sozinho. Deve atravessar, para aprender a solidão. Esta se reconhece no desvanecimento das referências. [...] no meio da travessia, mesmo o solo lhe falta, acabam os domínios. Então o corpo voa e esquece que é sólido, não mais na expectativa das descobertas estáveis, mas como instalando-se para sempre em sua vida estrangeira... O corpo que atravessa aprende certamente um segundo mundo, aquele para o qual se dirige, onde se fala outra língua. (SERRES, 1993, p. 12).

Corri os riscos da familiaridade por conhecimento prévio. Caiafa acrescenta que “a inclusão do pesquisador na situação que ele investiga é um aspecto inarredável da pesquisa etnográfica, já que ela envolve observação intensiva e, em algum grau, uma convivência” (2007, p. 138). Penso que todas as convivências anteriores não podem ser apagadas. Mas estávamos lidando com algo além de certa familiaridade. O lugar da

pesquisadora foi produzido pelos engendramentos da rede que se reconfigurava. Identifico como a entrada de um conhecido estranho, ocupando um lugar estranho e não conhecido. Embora eu já pensasse que alguma função/ocupação/lugar fora produzido, percebi que foi o estranho e o desconhecido que irrompeu, que escapou e produziu os engendramentos na rede. “Partilhar uma experiência complexa [...] com os *outros* que encontramos no campo vem sendo uma marca da pesquisa etnográfica” (CAIAFA, 2007, p. 138). O novo *actante* conectando-se numa negociação de inserção.

Pensar que entraríamos no campo sem apriorismos foi uma ousadia e uma pretensão. Inicialmente nos pareceu que a familiaridade anterior compôs uma fissura na proposta simétrica de inserção na rede do campo. Mas ao longo desta experimentação percebemos que os estranhamentos aconteceram e o rastreamento das conexões evidenciaram que estas familiaridades não garantiram nenhuma previsibilidade dos fatos. A função musicoterapeuta anterior foi-se dissolvendo ao longo da experimentação. Não desapareceu, mas deslocou-se para o de pesquisadora. Nas descrições dos ensaios e shows, inicialmente havia propostas endereçadas a mim na função musicoterapeuta que no decorrer da pesquisa de campo desapareceram. Ocorreram outros desvios. O que nos mostra que a cada encontro na rede se processam outras conexões. Elas são inéditas porque acontecem no fazer, no agora, na experimentação. Mesmo que tenham vínculos progressos, a cada nova imersão na rede há traduções, desvios e caminhos novos sendo percorridos, produzidos. Novas conexões são engendradas.

Nossa proposta foi cartografar as controvérsias e mais uma vez caminhar em reflexões no campo das incertezas. Um conhecimento local, encarnado e não generalizado foi o que pretendemos produzir com a TAR. Interessou o que foi feito nas e pelas práticas nas quais nos inserimos.

As redes que compuseram estas produções musicais foram observadas não sob o viés normativo da etnografia, mas como uma inspiração. A ferramenta do estranhamento foi e está sendo imprescindível para mover as reflexões que vieram do campo.

Diferentemente de métodos quantitativos, ou mesmo daqueles qualitativos mais objetivos, retilíneos, baseados em geral na entrevista, a etnografia é uma pesquisa qualitativa que lida com dados diversos, que mobilizam diferentes sentidos [...]. A pesquisa etnográfica leva em conta toda a profusão das impressões e informações que espocam nos encontros de campo. (CAIAFA, 2007, p. 138-139).

Em abordagem etnográfica, a produção de conhecimento também acontece localmente. Importante para nossa pesquisa foi a entrada sem interpretação na rede de conexões que se produziam. “Quando a experiência de campo inspira a teoria, é possível conseguir uma inteligibilidade dos fenômenos que pouco tem de interpretação, é mais uma forma de experimentação, agora com o pensamento e a escritura” (CAIAFA, 2007, p. 140). Referimo-nos a rede como a teia de conexões que nos fazem pensar, atuar e agir no campo de pesquisa e também no modo como negociamos a escrita. A TAR e a etnografia nos ajudam a produzir um conhecimento sem universalismos, interpretações nem globalizações.

Resumo da metodologia

Esta pesquisa baseou-se na Teoria Ator-Rede²³, na análise cartográfica das controvérsias e em algumas pistas da pesquisa etnográfica (CAIAFA, 2007). Seu objetivo foi problematizar algumas controvérsias da musicoterapia e da saúde mental a partir do surgimento de grupos musicais compostos por usuários dos serviços e profissionais.

A experimentação em campo no Rio de Janeiro ocorreu no período de agosto de 2009 a março de 2010. As entrevistas semiestruturadas referidas somente aos profissionais aconteceram de novembro de 2009 a maio de 2010. Os nomes dos profissionais não foram alterados porque deles tivemos autorização expressa para que seus nomes verdadeiros fossem mantidos neste trabalho. Em estágio doutoral em Coimbra, realizado entre maio e novembro de 2011, não foi possível assistir ensaios e apresentações do grupo TPC, mas foram realizadas entrevistas com dois profissionais participantes deste grupo. Os grupos musicais inicialmente escolhidos para interações foram o HE e o SNA. Atentamos para questões relativas à visibilidade²⁴ e geração de renda nestes três grupos.

Nós colocamos em primeiro plano de nossa pesquisa de campo as práticas dos grupos musicais pesquisados. Daí a necessidade de observarmos ensaios, shows e

²³ Cf. LATOUR, 2008a.

²⁴ Consideramos visibilidade a exposição musical em shows e a repercussão nas mídias; conexões que não eram engendradas em saúde mental antes do início deste movimento.

realizarmos as entrevistas. Orientamos a investigação a partir dos seguintes passos metodológicos:

- 1- Seguir os atores em ação.
- 2- Seguir a formação de grupos, sem preconceber de antemão o que conta ou não como integrantes deles. Latour (2008) refere-se aos grupos como algo em formação e propõe que os efeitos sejam identificados e seguidos pelo pesquisador.
- 3- Manter a incerteza inicial quanto às fontes das ações - seguir a ação com o ator-rede, entendendo que a ação é distribuída entre múltiplos *actantes*. Assim, deslocalizar a ação no sentido de não tomá-la a partir de um único ponto de origem, mas seguir as conexões que *fazem os actantes fazerem* coisas, seguir o que Latour (2008) chama de “o fazer-fazer”.
- 4- Tomar os não-humanos como *actantes* no processo.
- 5- Não tomar a realidade como dada, como questão de fato, mas como efeito das conexões.

A materialização desses passos foi “traduzida”, em termos do processo de pesquisa de campo, em quatro momentos:

- a) Observar os ensaios de dois grupos musicais: o HE e o SNA. Posteriormente, em estágio doutoral na cidade de Coimbra, contatamos o TPC. Neste, apenas entrevistamos os profissionais.
- b) Assistir apresentações (shows) dos grupos HE e SNA.
- c) Realizar entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam nesses três grupos.
- d) Registrar em diários de campo nossas observações.
- e) Fazer do estranhamento nossa ferramenta de pesquisa.
- f) Cartografar as controvérsias do campo da saúde mental através da formação dos grupos musicais.

No próximo capítulo abordaremos a entrada em campo na cidade do Rio de Janeiro. Nossa proposta agencia descrições do campo que engendram as conexões em rede balizadas na TAR. Consideramos imprescindíveis apresentar alguns fragmentos das descrições do diário de campo e também das entrevistas, posto que a partir destes são puxados alguns fios para nossas problematizações. O cenário da musicoterapia em

saúde mental também será abordado para situar nossas reflexões do lugar onde elas são produzidas.

CAPÍTULO II- EM CAMPO: DESCRIÇÕES E ENTREVISTAS

Neste capítulo apresentamos o cenário de práticas musicoterápicas em saúde mental e discorremos sobre nossas problematizações. Traduzimos²⁵ alguns temas da experimentação em campo. Um encontro entre a entrada e outras conexões que se produziram. Abordamos as oficinas que precederam as formações dos grupos e as versões de origem de cada grupo pesquisado.

Descrevemos situações do campo utilizando uma inspiração etnográfica, abordamos o estranhamento como recurso metodológico. “O etnógrafo busca experimentar um estranhamento” (CAIAFA, 2007, p. 148). Durante as observações participantes dos ensaios e apresentações dos grupos musicais, atentamos para as conexões que não se estabilizaram, e assim denominamos e descrevemos alguns *actantes*: o usuário em crise e eu, as crianças, o cantor de rock e a dançarina improvisada. Estas descrições e outros fios do campo aparecerão no texto em meio às problematizações que serão abordadas. Também os fragmentos de entrevistas serão balizadoras das discussões pertinentes às temáticas de visibilidade, geração de renda, dinheiro e sucesso; alguns dos efeitos difrativos²⁶ da formação dos grupos musicais em saúde mental.

II.1- Musicoterapia e saúde mental: situando historicamente

O canto desse povo que, pelo fato de ‘ser louco’ e estar numa instituição psiquiátrica, está à margem da sociedade, estigmatizado por uma visão de exclusão social herdada dos grandes “Hospitais Gerais” franceses, é um canto sofrido, como um pedido de socorro, protesto de uma gente que quer ser ouvida. (VIDAL *et al*, 1998, p. 14)

A musicoterapeuta Clarice Moura Costa (1989) pesquisou sobre a história da Musicoterapia. A música foi usada na antiguidade por motivações mágico-religiosas como instrumento de cura. Mas a prospecção deste trabalho como agente terapêutico de

²⁵ Tradução aqui não é literal, constitui-se numa escolha, uma mediação.

²⁶ O termo difrativo refere-se aqui a encontros/conexões que geram muitos efeitos ao mesmo tempo. Como a partir de um raio luminoso, derivam-se várias cores em espectro. Este conceito será discutido mais à frente nesta pesquisa.

fato ocorreu a partir do séc. XVII. Costa (1989) apontou fatos que ocorreram a partir do século XVII, quando registrou-se uma preocupação em organizar a utilização da música para efeitos terapêuticos. Ela identificou que esta utilização começou no campo da saúde mental. Posteriormente, desenvolveu-se o campo de investigação musicoterápico (SIQUEIRA-SILVA, 2007, p. 96). No século XVII, a “música torna-se recomendada quase exclusivamente aos casos hoje ditos psiquiátricos [...] um dos primeiros médicos a observar e descrever os efeitos da música sobre os melancólicos foi Robert Burton (1632)”. (COSTA, 1989, p. 25)

No século XVIII, Costa cita outra obra em que Tissot, em 1798, prescreve músicas para diversas moléstias. Ele apontava que a música poderia contribuir para a cura com a mudança do “estado de espírito do enfermo” e ainda, afirmava que “deveriam ser usadas músicas estimulantes para os apáticos e músicas sedativas para os agitados. [...] Brown (1729) considera a música indicada para problemas nervosos, tais como afecções hipocondríacas, melancólicas e histéricas” (*apud* COSTA, 1989, p. 26).

No século XIX a doença mental é classificada dentro de um quadro nosológico, portanto, categorizada. Ela é submetida ao poder médico. As práticas disciplinadoras utilizadas aos usuários dos hospícios surgem juntamente com a concepção do poder médico sobre a instituída doença mental. Costa (1989, p. 27) refere-se a revoluções nas ideias vigentes, diante da concebida doença mental. A autora acrescenta que

Esquirol tenta conciliar os aspectos moral e orgânico da doença mental e faz frequentes alusões à música nos textos *De la folie* (1816), *De la lypémanie* (1820). [...] O próprio Esquirol determina que o uso da música ‘não deve ser descuidado, por mais indeterminados que sejam seus princípios de aplicação ou a incerteza de sua eficácia’. (COSTA, 1989, p. 28-29).

Interessante observar que já no século XIX havia a preocupação que se prolonga até o século XXI; o cuidado com a música a ser utilizada de modo terapêutico. No século XIX a música serviu a práticas disciplinadoras em saúde mental, era ressonância do tratamento moral defendido por Pinel. “Autores da época relatam o enorme sucesso das ‘terapias musicais’ que possibilitavam a domesticação da loucura.” (COSTA, 1989, p. 30).

Em meados do século XX a Musicoterapia ressurgiu nos Estados Unidos, “em hospitais para a recuperação de neuróticos de guerra.” (COSTA, 1989, p. 33). Nos hospitais de recuperação havia recitais, ensinava-se a tocar instrumentos musicais etc. Acreditava-se que a música poderia ajudar a recuperar a sanidade mental. Na América do Sul a Musicoterapia começou na Argentina, após uma epidemia de poliomielite.

Os sobreviventes, clinicamente curados, mas apresentando graves sequelas, experimentaram quadros depressivos profundos, que em alguns casos levaram à morte. Como os recursos conhecidos não estavam se mostrando satisfatórios, tentou-se, como última esperança, musicoterapia de guerra, quando na depressão pós-poliomielite, levaram à criação dos primeiros cursos de formação de musicoterapeutas nestes países. (COSTA, 1989, p. 33-34).

No Brasil se discutia a música na educação especial e havia os movimentos de arteterapia no país. A musicista e educadora Cecília Conde e outros músicos, professores e arte-educadores da época, criaram, em 1972, o primeiro curso de graduação em Musicoterapia do Brasil, no Rio de Janeiro, no Conservatório Brasileiro de Música.

Em musicoterapia na saúde mental, a produção musical estética ainda não tinha sido tão valorizada quanto atualmente. Entretanto, a partir do final do século XX começam a surgir grupos musicais, com usuários de serviços de saúde mental, cuja qualidade estética é compatível com a dos grupos musicais que não fazem parte do cenário da saúde mental.

O musicoterapeuta Sidney Dantas, em sua tese de doutorado, faz um recorte histórico da saúde mental trazendo aspectos relevantes sobre as produções artísticas e ratifica a importância destas a partir do século XX, acrescenta:

É somente a partir do século XX, que se pode falar de uma *estética psiquiátrica*, ou seja, de um novo olhar para a produção artística do louco procurando analisá-la e interpretá-la com base na expressão global dos indivíduos e da experiência da própria arte. (FERRAZ *apud* DANTAS, 2010, p. 61).

A arte e a loucura caminham num certo limiar, teríamos vários exemplos de traduções artísticas neste campo ocorridos no século XX, não pretendemos abordá-los aqui como já o fez Dantas (2010). Entretanto, a proposição de que haveria uma estética

psiquiátrica nos faz pensar: por que psiquiátrica? Reconhecemos que alguns artistas foram atendidos em instituições psiquiátricas. Pensamos que se os grupos aqui pesquisados não estivessem sob estes modos de tratamentos e, não fossem estigmatizados, poderiam ser reconhecidos de outra forma. No século XX há um reconhecimento público e social das produções artísticas dos usuários de serviços de saúde mental, e é também neste século que ocorrem os movimentos para acabar com os manicômios. A onda conectiva que se gerou e proliferou interferiu nesta valorização com visibilidade maior para a voz, a fala e as produções artísticas deste lugar. É como se um canhão de luz se voltasse para a saúde mental e assim possibilitasse a visão das potencialidades artísticas do que até então estava isolado e estigmatizado. Há fissuras nestas conexões segregadoras, gerando outros modos de ver, criando um deslocamento onde só havia preconceito e isolamento. A arte feita pelos usuários, em seu potencial revolucionário, passa a ganhar mais força com as lutas pela libertação dos muros manicomiais. Artes visuais, cênicas, poéticas, musicais contribuem para alargar, fissurar, quebrar, dissolver e acabar com estes muros dispensáveis que isolam, segregam e mortificam. Mais profissionais entram em cena, ligados à saúde mais do que à doença. Com suas ferramentas artísticas, transgressoras, instrumentos para ouvir e seguir juntos, criando e inventando modos diferenciados de fazer artes com os usuários, não *para* eles, mas *com* eles. Porque falar *por* eles, fazer *para* eles, é o mesmo que contê-los no leito ou não escutá-los.

II.2- Conectando raízes: oficinas que precederam a formação dos grupos

Questionamo-nos acerca dos grupos musicais em saúde mental. De que modo estas produções afirmaram possibilidades de diferir e criar novos mundos, outros modos de ser? Este é um desafio ao pensar. Estivemos *in loco* e tivemos nítidas surpresas, vários desvios e um convite a vislumbrar o não-saber como profícua experiência.

Ao final do século XX, sob as prerrogativas da Reforma Psiquiátrica no Brasil, as muitas iniciativas de utilização da música com objetivos terapêuticos estabilizaram certas conexões que permitiram a criação de oficinas de música em várias unidades de tratamento de saúde mental.

Nos dois grupos pesquisados no Brasil, havia oficinas musicais concomitantes aos ensaios, mas elas preexistiram à formação dos grupos. Isto também ocorreu com o

grupo musical Mágicos do Som (SIQUEIRA-SILVA, 2007, p. 40). No SNA os ensaios foram precedidos por uma oficina de ações poéticas. Vários agentes se conectaram para produzir a criação dos grupos musicais: as dinâmicas de existência e manutenção destes grupos, a visibilidade, a geração de renda, a poesia, as artes cênicas, a estética musical etc.

A preocupação com a estética musical para as apresentações públicas não era característica dos grupos musicoterápicos. Este cuidado estético apurado apareceu como uma marca nas formações dos grupos musicais em saúde mental. Alguns *actantes* pertenciam tanto à oficina terapêutica de música quanto a formação do grupo musical.

Embora no SNA houvesse mais descontração durante os ensaios, a organização era uma exigência para que as músicas fossem aprimoradas para os shows. Nas oficinas musicais²⁷ não havia objetivo estético musical. As pessoas estavam ali simplesmente para cantarem e tocarem o que quisessem, auxiliadas pelos *songbooks*, o músico, estagiários, residentes e outros profissionais do EAT. E poderiam tocar livremente qualquer dos instrumentos dispostos. Já nos ensaios era definida uma ordem das músicas, um repertório para o show, um refinamento musical, incluindo conhecimentos teóricos de música, preparação cênica do grupo, repetições etc. A complexidade das redes produzidas com suas ramificações levariam a uma infinidade de conexões e não seria possível acompanhar todas. Não tivemos esta pretensão. Puxamos alguns fios de algumas controvérsias suscitadas no campo. Entendemos controvérsias como pontos de indefinição acerca do que vai compor a realidade. Isto é, a controvérsia aponta para uma abertura possível, para que uma ou outra figura venha a se tornar realidade. Daí decorre a força ao mesmo tempo política e ontológica de uma controvérsia. Segundo Law: “Todos fenômenos são o efeito ou o produto de redes heterogêneas. Mas na prática nós não lidamos com essas intermináveis ramificações” (1989, p. 9).

Durante os shows, as conexões que fazem o grupo existir são invisíveis. A cena é formada pela música, o som e a performance. Num CD ou DVD prontos não identificamos quais foram os movimentos, conflitos, dificuldades para a sua construção. Ouvimos apenas a música bem organizada e bela. Diante do produto acabado, muitas das conexões que permitiram a sua existência, ficam invisíveis. Latour (1987, p. 16) faz

²⁷ Antes das oficinas musicais, havia as oficinas terapêuticas com o musicoterapeuta Leandro Freixo. Atualmente, o músico Guilherme Milagres realiza a oficina musical que acontece semanalmente antes do ensaio do SNA.

a diferença entre o fato feito, pronto e o fato se fazendo, em ação, quando ainda não se estabilizou.

O autor simboliza essa escolha com a figura do rei romano Janus, guardião das entradas e dos portões, na qual vemos duas faces: uma anciã, voltada para o passado, representando a ciência feita, alvo das investigações clássicas acerca da ciência. Outra, a face jovem, voltada para o futuro, representando a ciência em ação. (MORAES, 1998, p. 6)²⁸.

Em pesquisa de campo vimos os comentários feitos pelos participantes após as apresentações sobre condução, estadia, alimentação, cachê etc. Fatos que não aparecem no momento das apresentações. Para quem assiste aos shows, estas linhas não são visíveis. E por que compartilhar este convívio? Porque acreditamos que esta experimentação pôde nos ensinar como acontecem as práticas e também provocar desvios e questões para os campos da musicoterapia e da saúde mental. Estas práticas não são tomadas aqui como exemplos ou modelos a serem seguidos. Nem os participantes se colocam deste modo. Reconhecemos estas produções como possibilidades de atuação em que a música e o terapêutico estão articulados.

Na verdade, na maior parte do tempo, nós nem mesmo estamos em posição de detectar as complexidades da rede. O que ocorre é o seguinte. Sempre que uma rede age como um único bloco, então ela desaparece, sendo substituída pela própria ação e pelo autor, aparentemente único desta ação. Ao mesmo tempo, a forma pela qual o efeito é produzido é também apagada: nas circunstâncias ela não é visível e nem relevante. (LAW, 1997, p. 10).

Os shows, encontro em que tudo está devidamente preparado, organizado, mostra-nos efeitos de uma construção que se dá no cotidiano dos ensaios. Nestes, as ações, os afetos, os dinamismos de criação e produção se tornam mais visíveis. Um movimento. É um processo do fazer, não apenas uma montagem para que algo pronto e acabado aconteça.

Esta pesquisa baliza-se na Teoria Ator-Rede e em algumas pistas da pesquisa etnográfica (CAIAFA, 2007). Seu objetivo é problematizar as controvérsias da

²⁸ Retirado do texto não publicado: “Sobre o princípio de simetria” escrito por Márcia Moraes em 1998 (mímeo).

musicoterapia e da saúde mental a partir do surgimento de grupos musicais compostos por usuários dos serviços e profissionais. Ao longo do percurso em campo encontramos o conceito de difração, defendido por Donna Haraway (1997) e Karen Barad (2007). Sem abandonar nossas duas âncoras teóricas, agregamos a ideia de que há neste movimento musical um encontro ou uma interferência entre a música e as práticas terapêuticas que produz um efeito difrativo, algo que não existia antes e que transforma as características dos dois processos que a originaram. A difração é um conceito originalmente da física, mas nos serve para pensar que antes destas produções musicais em saúde mental as práticas musicoterápicas pouco se ocupavam da estética musical, posto que não a elencaram como importante sob o ponto de vista de objetivo terapêutico. Nestas, as conexões midiáticas não existiam e as práticas de geração de renda também não se faziam presentes. Uma outra prática surge em que estes grupos agenciam muitos interesses e perspectivas que anteriormente não se constituíam como tal. À ideia das associações, central a Teoria Ator-Rede, conecta-se aqui com a abordagem da difração, posto que as características musicoterápicas contemplam outras possibilidades de atuação. Translada-se também a concepção de que nos encontros entre música, práticas musicoterápicas em saúde mental, empuxo midiático e geração de renda, outros efeitos são produzidos. Há que se discutir atualmente o que isto implica em termos de quais práticas estamos tratando. Isto para quê? Evidenciam-se outros modos de atuar em musicoterapia. As diferenciações que se processam através dos rastros observados admitem possibilidades de atuação enquanto desvios de rotas anteriormente traçadas, trilhadas. Isto não significa que todas as práticas musicoterápicas em saúde mental tenham que se processar deste modo, mas que há práticas que concebem a estética musical como uma ferramenta importante e incluem geração de renda como parte do processo terapêutico. Por que não? Esta proposição está relacionada aos relatos em que os profissionais falam dos benefícios da geração de renda e da visibilidade nas mídias para os usuários dos serviços e para eles mesmos. Contudo, estes efeitos são difrações de objetivos terapêuticos predefinidos. Mas outros *actantes* entraram em ação. A convivência foi um deles, o humor, a mobilização dos lugares preestabelecidos de terapeuta e “paciente”. Há que se dizer que algo aconteceu: conviver muito pessoalmente, dividir hotel, viajar de avião, longas horas de ônibus, compartilhar palcos de casas de shows almejados e frequentados por artistas já consagrados da música. Efeitos de regozijados depoimentos dos profissionais de estarem compartilhando disto nos aponta para uma modificação nas maneiras de

interagir, ver, processar e conceber modos de atuação da musicoterapia em saúde mental. O terapeuta está ali também para conviver, compartilhar, agenciar mudanças em seus modos de atuar enquanto profissional e participar destas redes em outras conexões. Os efeitos difrativos abarcam muitos *actantes* nesta rede. As músicas que levantam questões pertinentes ao cotidiano da saúde mental, as ironias (DANTAS, 2011), também inferem uma problemática a ser compartilhada por um público maior, pessoas inicialmente interessadas ou não nestas questões. A veiculação midiática evidencia e coloca em xeque a lida com o dia a dia deste multiverso que antes estava cercado pelos muros manicomiais e só a ele estava referenciado. Agenciam-se então entradas em outras redes, tornando assim mais perceptíveis estas reflexões, o que muito interessa a quem necessita estar fora dos muros e, mais do que isto, estar acrescentando modos de viver diferenciados. Em outras palavras, dizendo que há outras possibilidades para ir e vir, viver e conviver, pensar e refletir. Sobrepor a lente imediata do preconceito com a difração dos efeitos previamente constituídos. Múltiplos efeitos, não apenas um unívoco advir das intempéries dos acontecimentos manicomiais.

Difração²⁹ é diferente de reflexão. Não é um espelho que reflete, mas as práticas que provocam um efeito de difração. Estas mudanças performadas nas práticas musicais em saúde mental não percebemos como reflexos, mas como difração. Segundo Nunes, a leitura “difrativa”, discutida por Hawaray (1997), Barad (2007) e Rouse (2004) faz um contraste com a ideia de reflexão, permitindo emergir o entrelaçamento de leituras, ao invés de justapor ou espelhá-las. Trazendo, com isto, contribuições para o campo de investigação CTS (NUNES, 2008a). Em referência a Barad (2007) e Rouse (2004), Nunes acrescenta ressonâncias entre a TAR e o conceito de difração. Desta percepção podemos inferir que a rede de formação dos grupos musicais em saúde mental deste modo produziu “padrões de difração” através de complexos agenciais “intra-ação de múltiplo material prático”. (NUNES, 2008b). Ele afirma que “a noção de políticas ontológicas, tal como um atalho para a performatividade [...] é um recurso para pensar

²⁹ “A leitura difractiva, que havia já sido proposta por Donna Haraway (1997), distingue-se da leitura reflexiva por confrontar leituras de posições distintas de modo a produzir diferenças que “contam” – “differences that matter” – no duplo sentido de significarem e de transformarem materialmente o mundo. Essa leitura, tal como qualquer processo de produção de conhecimento, é, nesta perspectiva, uma prática semiótica-material. Para uma apresentação e discussão pormenorizada desta orientação, veja-se Barad (2007) e o esclarecedor comentário de Rouse (2004)” (NUNES, 2008a, p. 51, nota 7). Para um exemplo, ver NUNES, 2008b.

através da proposta de uma reconfiguração ‘ético-onto-epistemológica’ solicitada por Barad”³⁰ (NUNES, 2008b).

Observamos como a construção dos grupos musicais produziu um efeito difrativo nas reflexões sobre as práticas musicoterápicas em saúde mental.

II. 2.1- Origem dos grupos musicais Sistema Nervoso Alterado (SNA), Harmonia Enlouquece (HE) e Trazer para Casa (TPC)

Examinemos as versões de criação/constituição dos grupos SNA e HE e TPC. Baseamo-nos em relatos das entrevistas com os profissionais e em descrições.

Grupo SNA

Segundo Guilherme Milagres (SNA, entrevista em 30/04/10)³¹, este grupo surgiu a partir da oficina musical. Ele contou que já existia o espetáculo “camisas de forças sociais” no qual os usuários desfilavam com camisas de forças estilizadas criticando e ironizando temas compartilhados socialmente. Como exemplo, podemos citar um usuário vestindo camisa de força tematizada com o time do Flamengo desfilando com pernas de pau. Esta exposição/desfile foi uma das criações de Lula Wanderley³². Guilherme Milagres diz que o SNA aconteceu por necessidade deste desfile ser acompanhado por um grupo musical. Cita a apresentação no teatro Noel Rosa no ano de 2006 como a primeira apresentação do SNA. Ele conta que em maio de 2006 a oficina musical começou e no final deste mesmo ano aconteceu a estreia no teatro Noel Rosa. Guilherme Milagres fala também que já existia no Espaço Aberto ao Tempo (EAT) um grupo de ações poéticas, daí o nome do SNA completo ser Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado.

Em entrevista com o Lula Wanderley, ele caracteriza o SNA como: “Não um grupo unicamente de música. Tendo a incorporar a linguagem audiovisual, a performance, o teatro” (Entrevista em 03/05/10). Ele cita um grupo de performance que existia antes da formação do SNA chamado “O prazer é todo meu”. E complementa:

³⁰ Tradução minha.

³¹ Violonista graduado que atua no SNA e realiza intervenções atento à estética musical.

³² Psiquiatra do EAT (Espaço Aberto ao Tempo) e participante do SNA.

“E eu quis colocar elementos de música no grupo de performance. Existia a música mas o Leandro Freixo [ex-musicoterapeuta do Espaço Aberto ao Tempo] saiu do EAT e o grupo performance ficou pouco musical. Esse grupo foi criado com o Leandro por volta de 1994, 1995. Era oficina de performance que eu tomava conta. Aí chamei Guilherme [...], para reativar a música no grupo de performance. E aí foi criado o Sistema Nervoso Alterado como um grupo de música. Unimos com o ‘Prazer é Todo Meu’. Passou a se chamar: ‘Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado’”. (Entrevista em 03/05/10).

Lula Wanderley é uma pessoa importante na formação do SNA além de ser reconhecido na Saúde Mental por seus trabalhos inovadores com arte, seguindo os passos de Nise da Silveira - a psiquiatra reconhecida como uma referência na história da psiquiatria brasileira. Ele afirma na entrevista “Eu tendo a ser um ideólogo do grupo, a pessoa que organiza. Que aponta os caminhos. A rigor eu não sou uma figura central no grupo” (03/05/10).

Em entrevista com Daniel Souza (diretor de cena), ele disse: “No início do SNA, era um grupo de ações poéticas: ‘O Brasil é Todo Nosso’ e tinha o desfile do ‘camisa de força’, criação de Lula”. (Entrevista em 21/05/10).

Percebemos que na construção do SNA vários *actantes* estiveram presentes, o Lula Wanderley disse também que a criatividade é valorizada no grupo. Existiam forças que se agregaram para a produção do SNA. A participação efetiva do grupo de poesia, a atuação de um musicoterapeuta numa oficina de música e outros *actantes*.

Atualmente o grupo se apresenta em muitos lugares: congressos, simpósios, encontros e eventos ligados à saúde dentre outros. Já se apresentou em vários municípios e Estados do Brasil. O repertório é composto prioritariamente por músicas próprias, entretanto, outros compositores também são contemplados nos shows.

O SNA está em fase de preparação do seu primeiro CD. Antes dos ensaios semanais há encontros musicais livres. Tanto os ensaios como estes encontros são abertos a todos os usuários e profissionais do Instituto Municipal Nise da Silveira, mas os frequentadores do Espaço Aberto ao Tempo é que costumam participar.

Estas versões de origem poderiam multiplicar os *actantes* se aumentássemos o número de entrevistados.

O grupo HE

Nas versões de início do grupo Harmonia Enlouquece (HE) também aparece uma oficina de música criada pelo musicoterapeuta Sidney Dantas³³ no CPRJ - Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro. Em entrevista ele diz: “Primeiro não se tinha ideia de fazer nenhum grupo. Eu vim pra cá em 1999 e propus oficina de música no final de 1999” (16/11/2009). O nome desta oficina que pretendia abarcar todo o CPRJ era ‘Convivendo com a Música’. Esta oficina era aberta e funcionava com a participação de usuários, funcionários e familiares. Acontecia no ambulatório e hospital-dia. Concentrou-se mais no ambulatório e houve, inclusive, construção de instrumentos musicais. Alguns membros desta oficina musical vieram fazer parte do HE. Sidney Dantas disse que havia um grupo que tinha mais vinculação. Formou-se um subgrupo, vivenciando mais aspectos de criação. A partir da composição de duas canções, sentiram necessidade de um novo espaço. A intenção é que se criasse algo novo. Uma frase dita por Sidney Dantas resumiria a atitude daquele grupo: “É melhor ter uma música feia nossa do que cantar sempre as dos outros” (Sidney Dantas, entrevista em 16/11/2009). Ele afirma que em final de 2000 à 2001, começou a se configurar um grupo musical já com algumas composições.

Podemos admitir que o grupo Harmonia Enlouquece surgiu como um desdobramento natural da oficina sonoro-musical. Tal desdobramento exigiu uma reformulação nas ações tanto no que diz respeito à nova configuração grupal e às novas expectativas, quanto ao próprio fazer musical ligado, nesse momento, a performance e a elaboração de um produto, ou seja, shows e produção de CDs. (DANTAS, 2008, p. 178).

Alguns técnicos se agregaram, o Francisco Sayão (o Kiko) violonista do HE, psiquiatra e atual diretor do CPRJ, e a Telma Rangel, coordenadora de recursos humanos do CPRJ e também *backing* vocal. Sidney Dantas fala de um reconhecimento repentino no início do grupo, afirma “Não sei porque cargas d’água descobriram que a gente tinha um grupo aqui”(16/11/2009). Fala isto referindo-se a primeira apresentação do grupo musical longe do CPRJ, quando foram convidados a participar de evento sobre o dia da saúde. Relata os primeiros passos da formação do HE:

“Encontros semanais foram criados por própria demanda do grupo. Os dois grupos eram concomitantes (a oficina e o ensaio). O grupo estava

³³ Sidney Dantas também é psicólogo e tem formação acadêmica em música.

envolvido no processo musical. Eu como musicoterapeuta tinha que aprender de forma diferente. Teve uma festa da API [Unidade Programática 1] em 2000, foi a primeira saída para tocar na praça. Tocaram as músicas: ‘Sufoco da Vida’³⁴, ‘Será que Dá’ e ‘Bye-bye’. Dessa primeira saída as pessoas ficaram entusiasmadas. Aí surgiu o Harmonia Enlouquece. Ninguém deu esse nome, ele ‘aconteceu’. Surgiu e ficou. Ligaram para CPRJ convidando para evento da saúde, evento da lei de Paulo Delgado, evento na Lagoa em 07 de abril de 2001. Na nossa primeira apresentação foi com Danilo Caymmi e Velha Guarda da Portela. Coincidentemente ou não, já se entra no palco no *show business*”. (Sidney Dantas, entrevista em 16/11/09).

Nesta fala evidencia-se a conexão entre as produções musicais, a luta antimanicomial e a lei promulgada que impulsiona e incentiva a continuidade das propostas reformistas. Sobre esta apresentação, Sidney Dantas publicou: “Foi um momento de muita expectativa para todos, no qual ficou evidente a importância do musicoterapeuta como um continente seguro ao longo de toda a preparação para o show e, sobretudo, no momento da performance dos pacientes no palco” (DANTAS, 2008, p. 180).

Sobre as formações dos grupos musicais, observamos três rastros de efeitos difrativos:

- * As associações destas redes agenciando a formação dos grupos musicais;
- * Estes grupos provocando outras conexões e variáveis mudanças: em modos de atuar dos profissionais, em transformações na vida dos usuários de saúde mental envolvidos, em reflexões que ora problematizamos sobre as práticas musicoterápicas e
- * Convivência, humor, ironia, reivindicação, e mobilidade do lugar instituído segregatório do transtorno psíquico para o lugar de músico (*show business*).

O efeito difrativo da formação de grupos musicais em saúde mental enuncia as associações com redes pouco abordadas antes deste movimento. Traduções *de e para* um campo imprevisto. A possibilidade causal requer cautela. Não estamos afirmando que os grupos musicais começaram pelas prerrogativas da Reforma Psiquiátrica, mas que as conexões agenciadas neste cenário permitiram que isto assim se processasse. Dependendo das conexões podem-se produzir redes cujos efeitos agenciados são imprevisíveis. Assim, outros modelos de atuação, abordagens de tratamento ao usuário

³⁴ No site do HE: www.harmoniaenlouquece.com.br, há um clipe desta música.

de serviços de saúde mental, produzirão outros efeitos pelas conexões que forem engendradas.

Sidney Dantas em entrevista (16/11/2009) relembra que, em evento patrocinado pela indústria farmacêutica, houve uma tentativa de impedir a execução da música “Sufoco da Vida”³⁵, que fala dos medicamentos. Ele sublinha que o grupo foi ousado ao cantar a música, a despeito de qualquer coisa. Esta música passou a ser a mais conhecida do grupo e foi um sucesso já nesta apresentação. Em 2009 esta mesma música fez parte da trilha sonora do CD e novela “Caminho das Índias”.

O HE lançou em 2003 o primeiro CD. “Foi tudo com ajuda dos colegas”, (entrevista em 16/11/2009) afirma Sidney Dantas referindo-se a participação de amigos e músicos incentivando e ampliando as conexões do HE. Através da rede de contatos dos profissionais do CPRJ “Os músicos vinham de graça tocar; Kid Abelha, Moska, Barone etc. O CPRJ ganhou um prêmio e o grupo foi recebê-lo no museu Villa-Lobos. Dividiu o palco com Sandra de Sá”. (Sidney Dantas, entrevista em 16/11/2009).

Em entrevista com Telma Rangel, ela diz que não sabe como os grupos se formaram mas supõe: “Imagino que tenha sido através de oficina de música. Algum musicoterapeuta interessado começa a reunir as pessoas”. (Entrevista em 08/03/10).

O Harmonia Enlouquece atualmente se configura como o maior grupo musical da área de saúde mental no sentido de visibilidade, infraestrutura e enquadramento em padrões estéticos musicais. Já tem três CDs³⁶ gravados, tem um site com o mesmo nome do grupo e videoclipes bem acessados na internet. E gera renda com a venda de CDs e, por vezes, através de apresentações musicais. O grupo também se apresenta gratuitamente. Além de ter duas músicas na trilha sonora da novela “Caminho das Índias”, o HE apareceu em dois capítulos deste folhetim televisivo. Faz apresentações em vários estados e municípios e já esteve em evento realizado na Argentina. É composto por usuários e profissionais de saúde mental e ensaia duas vezes na semana, cada ensaio tem duração de duas horas. Acompanhei os ensaios e observei uma dinâmica de profissionalismo musical. Os ensaios acontecem num auditório, com palco e cadeiras. Costuma ser assistido por visitantes, usuários e profissionais. O lançamento do terceiro CD aconteceu no dia 10 de fevereiro de 2012.

³⁵ Música de Hamilton, Maurício e Alexandre M. Para ver a letra desta música e assistir ao clipe, acessar o site do grupo: www.harmoniaenlouquece.com.br.

³⁶ O lançamento do terceiro CD do grupo Harmonia Enlouquece aconteceu no dia 10 de fevereiro de 2012. As músicas estão disponíveis no site: www.harmoniaenlouquece.com.br.

Na entrevista com Francisco Sayão, ele nos disse que no “Dia 04 de abril de 2001 foi a primeira apresentação. A primeira música foi ‘Será que Dá?’ depois ‘Sufoco da Vida’ e depois ‘Bye-bye’ de João Batista. As duas primeiras foram composições coletivas: Hamilton, Alexandre, Alfredo (usuário)”. (Entrevista em 08/03/2010). Ele se refere a esta data como o marco inicial do HE. E acrescenta:

“O que mais marcou foi ter ação de saúde mental onde a estrela principal era o usuário em saúde mental. Mês que vem faremos 09 anos. O HE acena com a possibilidade de legitimidade como protagonista uma pessoa com transtorno. Hamilton canta e compõe bem, tem músicas bastante interessantes”. (Entrevista em 08/03/10).

Francisco Sayão nos lembra do aspecto mais amplo desta formação de grupo. A partir do trabalho de Nise da Silveira e depois com a Reforma Psiquiátrica, os usuários de serviços de saúde mental passam a ter suas vozes mais ouvidas e respeitadas. Mas ele também diz que Hamilton de Jesus, o cantor principal e compositor foi ‘descoberto’ durante as oficinas de música: “Estes grupos são formados dentro de serviços de saúde mental. O Hamilton de Jesus não sabia que era compositor, ficou sabendo durante a oficina”. (Entrevista em 08/03/10).

A construção do lugar de cantor e compositor visível e com estabilidade neste grupo foi se produzindo em meio a estas outras redes, que, conectando-se, provocaram o efeito do encontro de Hamilton com a musicalidade de modo original e criativo.

Observamos que as versões de origem não são iguais nos relatos das entrevistas com integrantes do mesmo grupo musical. Existem variações.

Grupo Trazer para Casa (TPC)

Entrevista no Hospital Lorrvão com enfermeiros Antônio Ferreira e Jorge Simões.

Descrições do estágio doutoral, das entrevistas e versões de origem do grupo TPC.

Uma das propostas referentes ao meu estágio doutoral em Coimbra era verificar se em Coimbra/Portugal existia algum grupo musical no campo da saúde mental formado por usuários (chamados de utentes) adultos, tal qual já existe no Brasil. No primeiro relato do orientador português eu soube da existência do Hospital Psiquiátrico Sobral Cid, localizado na saída da cidade. Ele também me falou que havia serviços de

saúde mental nos hospitais gerais, mas que o Sobral Cid era um polo de tratamento. Não foi fácil visitar este hospital. Fiz inúmeros contatos, e finalmente no mês de junho de 2011 consegui entrar em suas dependências.

Entrei pela unidade forense na qual os utentes têm alguma pendência judicial e ali se tratam. Fui recebida pela equipe de enfermagem e informei sobre minha pesquisa. Eles me disseram sobre a junção das unidades de Arnes³⁷ e de Lorvão ao Hospital Sobral Cid em decorrência da reestruturação dos serviços de saúde mental em Portugal. Relataram que estes serviços foram agregados. Surpreendi-me com a quantidade de psiquiatras vinculados ao Sobral Cid; eram mais de trinta profissionais. Perguntei sobre atividades musicais e eles me disseram que não havia, remeteram-me a uma unidade na qual se desenvolvia a Terapia Ocupacional. Ao passar pelas instalações da unidade forense fui recebida com um abraço de uma das utentes (usuária). Senti-me confortavelmente em meu ambiente profissional. Em todas as unidades de saúde mental que frequentei no Brasil, e não foram poucas, os usuários sempre são afetuosos. De um setor para outro havia muitas portas, parecia um labirinto - resquício das antigas construções manicomialis. Os enfermeiros relataram que não havia recorrência de episódios de agressividade. Disseram também que ultimamente não havia contratações em virtude da crise econômica do país. Da unidade forense até o setor de Terapia Ocupacional fui conduzida por uma utente. Chegamos a uma casinha bonita e simpática, construção antiga de tijolos, bela e organizada. Lá fui recebida por uma pessoa que desenvolve atividade com cerâmica, mas não era a Terapeuta Ocupacional, o que no Brasil chamamos de oficinaira - pessoa que desenvolve atividades com os usuários. Ela, com sotaque alemão, levou-me a sala onde havia vários utentes que estavam fazendo suas obras de arte. Nas prateleiras, muitas já prontas. Umas representavam situações folclóricas e quotidianas, outras pareciam figuras mitológicas. Lembrei do trabalho de Nise da Silveira e do Museu do Inconsciente. A oficinaira não tinha conhecimento sobre a Dra. Nise nem de seu trabalho vinculado à mitologia e figuras arquetípicas. Das contribuições de Carl Jung ela já tinha algum conhecimento. Falei desta psiquiatra brasileira, importante no cenário da psiquiatria, e forneci os contatos do Museu do Inconsciente, que fica localizado no complexo do Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS), ao lado do EAT, onde ensaia o Sistema Nervoso Alterado. Senti-me bem naquele ambiente. Uma enfermeira se aproximou e mostrou fotos de atividades

³⁷ Arnes é uma localidade em Portugal.

desportivas dos utentes, do encontro entre as três unidades e festividades. Neste momento elas lembraram que existia no Hospital de Lorvão; uma das unidades vinculadas ao Hospital Sobral Cid, um grupo musical formado por utentes do serviço e profissionais. Eu ansiava por esta descoberta. Ela contactou o enfermeiro que também era músico do grupo. Ao sair, elas me ofereceram uma medalha da olimpíada dos utentes confeccionada por eles na oficina de cerâmica. Senti-me muito agradecida e feliz, eu estava no meu ambiente de saúde mental, no qual o afeto pode ser expressado. Eu enfrentei uma maratona até chegar ali e recebi uma medalha. Isto foi especial e mágico.

Lorvão é um lugarejo próximo a Coimbra, montanhoso e bonito. O hospital psiquiátrico localiza-se num antigo convento que há cinquenta anos se transformou em hospital. Em 20 de julho de 2011 entrevistei dois enfermeiros que fazem parte do grupo musical Trazer para Casa (TPC). Também neste dia conheci um usuário que não toca instrumentos, mas participa do grupo musical. Os enfermeiros foram atenciosos e me relataram muito sobre este grupo: “O grupo não tem nome específico, inicialmente era o Conjunto do Hospital e ultimamente se chama TPC (Trazer Para Casa). Tem este nome atualmente. Começou em 1976 a 1977”. (Ferreira, entrevista em 20/07/11).

Interessante observar que os grupos brasileiros com muita visibilidade começaram a surgir vinte anos depois do TPC. No Brasil, outros grupos musicais já haviam se formado, mas não com a visibilidade e projeção dos grupos aqui pesquisados.

Outro relato chama a atenção quanto a motivação dos usuários para a participação nas atividades musicais. Os profissionais do Lorvão descreveram sobre a “Manifestação de bem estar dos doentes para determinadas atividades musicais. Criaram atividades regulares. Esta era mais uma atividade da terapia ocupacional. Eram bailes quinzenais”. (Antônio Ferreira, entrevista em 20/07/11).

Tanto nesta instituição em Portugal quanto nas pesquisadas no Brasil os usuários/utentes participam com satisfação das atividades musicais. Para quem trabalha com musicoterapia, isto parece recorrente e esta pesquisa ratifica o que já vimos nas nossas práticas profissionais.

No Hospital de Lorvão também começaram por periodicizar as experimentações musicais tal qual ocorreu com o grupo Mágicos do Som (SIQUEIRS-SILVA, 2007), no qual organizaram-se espaços para expressar a musicalidade. Não há musicoterapeuta trabalhando atualmente nem no Hospital Sobral Cid nem no Hospital de Lorvão. Esta atividade está inserida como Terapia Ocupacional. Os enfermeiros que entrevistei também são músicos. No Brasil também temos músicos na composição destes grupos,

entretanto a Musicoterapia foi-se ampliando e atualmente há muitos profissionais atuando no campo da saúde mental no Rio de Janeiro e em outros estados.

“Inicialmente era constituído somente por profissionais. Depois foram mudando a constituição do grupo. Incluíram o primeiro doente: Cláudio³⁸. Ele ainda está no grupo. É o artista principal do grupo. Mais tarde integrou um músico profissional que era baixista (tocou com Roberto Leal). Temos mais dois doentes”. (Ferreira, entrevista em 20/07/11).

Interessante a inclusão dos usuários no grupo que inicialmente era composto só por profissionais. Este nos parece ter sido um passo importante na dimensão do grupo, momento em que o usuário deixa de ser espectador e se insere como integrante. Cabe uma observação de que o cantor Roberto Leal também é muito conhecido no Brasil. Uma ponte se fez aí neste contato. Coincidência e ressonância. Atentamos também para o fato de eles se referirem aos utentes como doentes. Repercussão da lógica hospitalar em suas falas.

O grupo musical TPC não se apresenta somente em sua unidade:

“Quando há festas, o grupo se apresenta nas três unidades do hospital: Lorvão, Arnes e Sobral Cid. Há uns dois pacientes que não tocam bem, mas gostam de estar no palco. Interação com o público [...] Os pacientes perguntam pelos bailes. Atualmente temos feito os bailes com a periodicidade mensal e fazem festas nas três unidades. Já se apresentaram em outros sítios: foram a Figueira da Foz, Miranda do Corvo e Penacova: festas anuais em Lorvão”. (Antônio Ferreira e Jorge Simões, entrevista em 20/07/11).

O TPC também passou a fazer apresentações em outros lugares (sítios) assim como o Mágicos do Som, Cancioneiros do IPUB, Harmonia Enlouquece, Sistema Nervoso Alterado e outros grupos musicais. As festas são situações de interação entre os usuários e os profissionais. Estes eventos se constituem em momentos de encontros significativos em saúde mental. Lembremos que em todas as festas existem as músicas e é muito satisfatório que esta música seja produzida pelos participantes desta rede. “O Cláudio é o cantor principal e está em todas. Ele é que escolhe o repertório. Ele escolhe o Zeca Afonso, um músico de intervenção (de protesto). Toda a obra do autor. Ele tem

³⁸Nome fictício.

epilepsia, não é esquizofrenia. Ele é deficiente visual 100%.” (Ferreira, entrevista em 20/07/11). O fato dos profissionais citarem a denominação diagnóstica do utente não lhe modifica a posição de figura central do grupo. Tanto o Cláudio, quanto todos os cantores de todos os grupos aqui já citados também escolhem o repertório dos shows, independente do quadro psicopatológico. Este é um ponto de ressonância entre os grupos por nós pesquisados. O TPC não tem composições próprias tal qual os grupos HE, SNA e Mágicos do Som, mas os grupos brasileiros também tocavam inicialmente e ainda tocam e cantam músicas de outros autores. Não sabemos se o TPC irá produzir composições musicais, mas o fato que nos soa relevante é este lugar de empoderamento dos usuários cantores e suas escolhas serem respeitadas. Este é um dos ideais da Reforma Psiquiátrica e procede que assim aconteça na Psiquiatria de Setor³⁹ utilizada em Portugal. A diferenciação dos modelos não interferiu no empoderamento da decisão do que cantar, da voz de quem está ao microfone, ampliado seu som e o seu dizer. Música de protesto é para protestar, reivindicar, criticar etc. No repertório composto pelos grupos brasileiros pesquisados também há músicas de ironia e protesto⁴⁰. Embora o TPC não tenha composições próprias, eles também protestam através das músicas de Zeca Afonso⁴¹. Este cantor ocupou um lugar central na música popular portuguesa na segunda metade do século XX. Suas melodias estão associadas a protestos políticos; à resistência e à luta contra as injustiças de um governo ditatorial.

As mudanças institucionais proporcionadas pela reestruturação do sistema de saúde mental também apareceram nas falas dos dois enfermeiros: “Às vezes fazem ensaio, deslocam alguns para ensaiar. O hospital foi fracionado quando foram integrados com outras instituições. Atualmente só tem utentes de longa permanência. Até três anos atrás tinham doentes agudos e os forenses”. (Jorge Simões, entrevista em 20/07/11). O fato de reservarem um local para ensaio e incluírem outros usuários apresenta uma mobilidade muito parecida com a dos grupos brasileiros. O Mágicos do Som (SIQUEIRA-SILVA, 2007) e o Sistema Nervoso Alterado também fizeram nestes

³⁹ Abordagem em que se prioriza o modelo de setorialização dos serviços e não prescinde ao hospital psiquiátrico. Trataremos deste tema em capítulo posterior.

⁴⁰ Algumas composições dos grupos Mágicos do Som, Cancioneiros do IPUB, Harmonia Enlouquece e Sistema Nervoso Alterado falam de protesto e reivindicação. Há crítica com humor, apelo, além de letras românticas e outras. Informações e imagens acessar em *youtube*.

⁴¹ Zeca Afonso foi importante no movimento de renovação da música portuguesa na década de 1960 e 1970, compôs importantes músicas de intervenção contra o regime. Suas canções e imagem ficaram associadas à queda da ditadura Salazarista que vigorou entre 1933 e 1974. Sua composição, “Grândola, Vila Morena”, foi utilizada pelo Movimento das Forças Armadas (MFA) para a instauração da democracia em Portugal, o que ocorreu a partir do dia 25 de abril e 1974. Informações sobre Zeca Afonso em: <http://www.aja.pt/biografia/>.

mesmos moldes.

Os profissionais entrevistados relatam efeitos das mudanças nos serviços de atendimento à população que é tratada atualmente, isto evidencia que pacientes foram deslocados de suas unidades. Isto também acontece no Rio de Janeiro. Alguns usuários foram deslocados de hospitais que estavam sendo desativados. Acompanhei enquanto profissional desta área algumas situações semelhantes.

Outro movimento similar aconteceu entre os grupos TPC e o Harmonia Enlouquece. O fato de, nas duas formações de grupos, acontecer uma tramitação da atividade musical pelas dependências do ambiente hospitalar, parece-nos uma iniciativa muito inclusiva e agregadora. Pude comprovar também pela atividade musicoterápica que este procedimento gera uma mudança nos ambientes hospitalares, tornando-os mais descontraídos e até alegres, apesar do sofrimento que se experiencia nestes lugares.

“Anteriormente dentro da unidade de atendimento, Jorge com o Cláudio cantavam e tocavam nas enfermarias. Sentiam-se bem durante a atividade. Com a música ao vivo, os pacientes interagem mais do que com música tocada no aparelho de som. Cláudio ouve muita música de rádio. Outros utentes também cantam. Preocupam-se mais com o bem estar do que com a qualidade da música”. (Antônio Ferreira, entrevista em 20/07/11).

Duas prerrogativas da atividade musicoterápica se encontram presentes aqui. Em Musicoterapia reconhecemos a importância da música tocada (BARCELLOS, 1992), na qual, a experimentação se passa na interação de quem toca/canta e de quem ouve/canta. Isto permite que as comunicações verbais, gestuais e musicais aconteçam e se configura algo que é importante para o tratamento dos usuários de serviços de saúde mental: a convivência. A música produz assim uma convivência prazerosa.

Outro aspecto relevante desta narrativa é que ela reitera uma prática da musicoterapia dita por nós de tradicional, na qual a questão estética da música não é considerada, e sim o bem-estar advindo da experimentação musical. Nestas práticas há o tocar, o cantar, o dançar, o improvisar, com a perspectiva na qual o profissional participa com o usuário e com o repertório escolhido pelo usuário. Este é um dos modos utilizados pelas práticas musicoterápicas em saúde mental e que também servem a outras populações atendidas. Deste modo, podemos citar o trabalho desenvolvido com pacientes de oncologia no Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, sob a responsabilidade da musicoterapeuta Marly Chagas (PINTO, 2004). Os

musicoterapeutas caminham pelas unidades do Instituto, cantam e tocam músicas escolhidas pelos pacientes. Em saúde mental isto é muito frequente.

A questão da estética musical em Musicoterapia é um caso à parte. Somente a partir do surgimento e proliferação dos grupos musicais em saúde mental é que esta discussão ganhou relevância expressiva. Há uma diferenciação entre educação musical e musicoterapia. Em musicoterapia o importante é atingir objetivos terapêuticos, a questão estética da música e os sons são utilizados para os objetivos terapêuticos. As sessões de musicoterapia tradicionais em saúde mental se configuram em espaços nos quais não há necessidade de se produzir música esteticamente bela, mas sons e músicas que promovam a melhoria do paciente. Com a formação dos grupos musicais, em shows e veiculação nas mídias, esta questão da estética musical emerge e releva-se, já que os usuários de serviços de saúde mental se propõem a se apresentar com músicas ancoradas em código de estética musical recorrente. Percebemos pelas práticas profissionais e observações no campo que se os usuários se apresentassem muito fora dos padrões da estética musical recorrente, isto poderia inclusive ratificar a ideia de incapacidade, o que certamente não é o objetivo destes usuários nem dos profissionais, nem da Reforma Psiquiátrica e da Psiquiatria de Setor. O preconceito existe, os protestos nas músicas destes grupos falam desta segregação. Mostrar publicamente uma música que esteja completamente fora dos padrões compartilhados pelos coletivos poderia colocá-los na situação de pessoas “esquisitas”. O que não os agrada (SIQUEIRA-SILVA, 2007). O bem-estar presente na narrativa acima refere-se a um dos objetivos da musicoterapia.

A estética musical também pode ser um veículo terapêutico? Esta questão me pareceu visível quando assisti aos ensaios dos grupos musicais. A partir do trabalho musical nas composições dos usuários durante os shows e o fato de a música ser bem executada, provocava falas de satisfação e de reconhecimento entre os usuários e profissionais, além do aplauso do público, o que para qualquer artista, tem um valor inestimável e um bom efeito na autoestima.

Durante o estágio doutoral em Coimbra, percebi o quanto a música brasileira e as novelas são valorizadas em Portugal. O fato do grupo Harmonia Enlouquece ter participado de uma novela brasileira que foi transmitida em Portugal, era mais um atrativo das pessoas sobre o tema da minha pesquisa. Os portugueses assistem muito as novelas brasileiras e aprenderam muito do nosso cotidiano através das novelas. A música brasileira é tocada em rádio aberta em Portugal.

“Havia um baterista internado que só sabia tocar bossa nova. Ele está internado em Arnes. Ele está no programa de formação. Formação profissional financiada pelo fundo europeu e eles aprendem um ofício. Baterista português que tocava bossa nova. Ele tocava no cassino de Estoril em Lisboa. Ele não quer tocar com o grupo. Ele tem um quadro de esquizofrenia e não quer tocar com o grupo”. (Antônio Ferreira e Jorge Simões, entrevista em 20/07/11).

Durante a entrevista mais uma ressonância, eu até comentei que tocar o estilo Bossa Nova na bateria não é algo fácil; é necessário técnica apurada. Esta narrativa evidencia que as mudanças nos serviços de saúde mental repercutiram nas conexões mais imediatas. Este baterista também não quis tocar com o grupo. Também no Mágicos do Som (SIQUEIRA-SILVA, 2007) houve desistência de dois componentes. O que nos parece importante é que a expressão da vontade dos usuários foi compartilhada. Se ele tocou num cassino e o gênero Bossa Nova é porque ele é um bom músico. Esta narrativa também traz um projeto de capacitação profissional, o que no Brasil também é uma preocupação da saúde mental. A medida em que os serviços vão melhorando sua qualidade de atendimento, prescindindo das internações prolongadas e o usuário melhora sua qualidade de vida, o trabalho se apresenta como mais um recurso de inserção social e subsistência, o que geralmente repercute bem na autoestima e na recuperação de conexões saudáveis. Ter uma profissão parece um bom investimento para qualquer cidadão e para os utentes/usuários proporciona interações e valorização pessoal e profissional.

Participantes

Os grupos brasileiros pesquisados têm em sua formação um quantitativo de oito a quinze pessoas participantes. O TPC de Lorvão atualmente tem um número reduzido de participantes mas já teve mais componentes.

“Só quatro músicos profissionais a tocar , o Cláudio e mais os outros dois que não tem habilidade musical. Um paciente durante as apresentações ligava e desligava o amplificador. Os pacientes dançam durante as apresentações. Proposta que os técnicos dançassem com os utentes. Objetivo é horizontalizar a relação com o paciente”. (Antônio Ferreira e Jorge Simões, entrevista em 20/07/11).

Neste relato percebemos que os usuários sem habilidade musical são incluídos. Nos grupos musicais brasileiros também observamos as iniciativas de inclusão. Embora as questões de estética musical estejam sempre presentes, há outros aspectos relevantes a serem considerados. A participação nos grupos, a interação com o público, os aplausos e outras situações dos ensaios e shows parecem proporcionar satisfação aos participantes. Encontramos isto também nas falas dos profissionais componentes dos grupos brasileiros.

Ao final da entrevista com os dois enfermeiros-músicos, solicitei que me mostrassem fotos de apresentações do grupo TPC. Eles me disseram que não costumam registrar as apresentações, mas que iriam procurar alguma foto nos registros dos eventos realizados nas três unidades do hospital Sobral Cid. Enviaram-me posteriormente. Ferreira comentou sobre sua passagem por Trieste e Bologna:

“Estive em Trieste e Bologna e Trieste está há trinta anos à frente. Em Trieste tem unidades dia, mas não tem mais hospitais psiquiátricos e em Bologna ainda tem um componente biológico com a abordagem comunitária. Em Trieste é basicamente comunitária. Bologna tem neuropsiquiatria. Em Trieste há um psiquiatra que conheceu o Basaglia”. (Ferreira, entrevista em 20/07/11).

Esta narrativa de Ferreira conota que apesar da psiquiatria de setor ser a principal no cenário português, a Reforma Psiquiátrica italiana também tem uma entrada. Esta questão dos modelos de atendimento são presentificados também pelas falas de um psiquiatra, um neurologista e uma enfermeira também entrevistados em Coimbra e Porto. Abordaremos fragmentos destas entrevistas em capítulo posterior.

III. 3- Descrições em campo no Rio de Janeiro

Descrição I: O usuário em crise e eu

O relato etnográfico não é um meio transparente que deixa passar a experiência de campo, com as únicas exigências do formato disciplinar. São enfrentados aí os problemas apresentados pela escritura, pela narração, e sobretudo pela tradução que os relatos mediadores de estrangeirismos envolvem. (CAIAFA, 2007, p. 146).

No segundo ensaio que acompanhei do grupo Sistema Nervoso Alterado (SNA), enquanto os músicos (usuários e profissionais) cantavam e tocavam, um usuário visivelmente medicado e em crise sentou-se ao meu lado e disse: “Com todo respeito pela senhora”⁴². A todo instante me interpelava com observações sobre o vocalista do grupo. Falava muito próximo. Duas profissionais da porta olhavam e riam da situação. O grupo continuava o ensaio e ele destoava dos outros usuários. Ali este usuário conseguia ser um estranho aos outros usuários. Eu percebi a estranheza quando parecia haver nele preocupação com o incômodo que poderia me causar. Mas este ocorreu porque ele, ao falar, cuspi-me o tempo todo. Isto realmente me incomodou e eu lhe informei. Ele automaticamente se desculpou e se afastou um pouco. Neste momento houve uma maior interação entre nós dois. Senti empatia e identifiquei que nós éramos os estranhos do ensaio. Ele porque estava dentro e fora e eu porque estava fora e ao mesmo tempo dentro. Nós fazíamos parte desta rede em condições diferentes da maioria. Neste ínterim, o vocalista principal cantava, olhava para mim e perguntou: “Dra. Raquel, o que você achou da performance? Ruim, péssimo?” [falou somente adjetivos pejorativos]. Eu não registrei se proferi palavra, apenas lembro de que fiz um gesto com a cabeça como resposta negativa. Lula Wanderley⁴³, coordenador e psiquiatra do EAT, pediu-me uma contribuição em trabalho de dicção com o vocalista. Disponibilizei-me, mas isto me causou instabilidade. Caberia este tipo de trabalho nesta pesquisa? Em se tratando de incertezas quanto ao lugar que estava sendo produzido nesta rede, pensei que seria melhor não iniciar qualquer atividade extra com os grupos. No meio do ensaio, Lula Wanderley afirmou: “Não é um grupo, é um coletivo”. Percebi que daria uma perspectiva mais ampla e flexível ao grupo. O usuário que sentara ao meu lado me entregou um papel e pediu para que eu o guardasse. Falou: “Guarda com a senhora” eu fiz que sim com a cabeça. Antes de sair ele disse: “Todo mundo é imagem, só nós é que somos pessoas”. Nas conexões daquele dia de ensaio eu e ele estávamos realmente com lugares indefinidos. Nós sentamos atrás da mesa, e ao contrário da maioria, “ficamos de fora” daquelas funções. Mas o que seria ocupar um fora? O lugar do *entre* não é necessariamente vivenciado como prazeroso. “Pouco em equilíbrio, e também raramente em desequilíbrio, sempre desviado do lugar, errante, sem moradia

⁴² Todas as falas colhidas no campo serão apresentadas entre aspas.

⁴³ Os nomes dos profissionais não foram alterados porque tivemos autorização expressa para que seus nomes verdadeiros fossem mantidos neste trabalho.

fixa. Caracteriza-o o não lugar, sim, o alargamento, portanto a liberdade ou, melhor ainda, o desaprumo...” (SERRES, 1993, p. 20). A ideia do *entre* enquanto conceito trata de um limiar, um lugar intermediário. Estar no *Fora* é experimentar o limiar, é caminhar no *entre*. Podemos chamar de *Fora* uma experiência que tangencia os limiares no *entre*. Blanchot chama de *O Fora* “o que está exposto às forças não visíveis, a relação com o estranho, a alteridade”. (BLANCHOT *apud* PELBART, 1989, p. 98).

Ele, um usuário em crise ali compartilhando daquele espaço sem cantar e/ou tocar, medicado e falante. E eu, há pouco tempo chegada neste novo lugar de pesquisadora, anotando o tempo todo no caderno. A nossa função não era prevista, era um processo em construção. Neste dia, o mais inusitado aconteceu no momento em que eu saía da sala de ensaio. Um usuário perguntou: “O que você avaliou?”. Respondi que não se tratava de avaliação, mas de observação. Esta pergunta trouxe uma conotação clara de que o lugar de pesquisadora estava em construção. O lugar estava sem função ou a função de pesquisadora estava sem lugar. A explicação sobre a pesquisa dada no encontro anterior não foi suficiente para esclarecer sobre o lugar/função de pesquisadora. Identifiquei que havia rastros da construção de uma função ainda indefinida. Esta negociação de lugar de pesquisadora não reincidiu depois destes primeiros momentos no campo. Isto desapareceu ao longo do convívio. Não cheguei a fazer o trabalho de dicção com o vocalista e ninguém mais me solicitou a fazer trabalhos musicoterápicos. O lugar de musicoterapeuta teria mudado para o de pesquisadora. Isto foi uma produção nada totalizante.

Descrição II: A mobilidade das crianças

O texto etnográfico é visto como artesanal, [...] como um objeto escritural confeccionado e, nesse sentido preciso, uma ficção. Toda uma atenção é dada a essa confecção, daí o exame dos expedientes utilizados por etnógrafos para se explicar [...] ou a procura de um discurso adequado à etnografia, como sugere Tyger (1986) com o que denomina *evocação* (ao invés de apresentação ou representação). Daí uma *poética* do fazer etnográfico. Mas de fato essa poética não é, na maioria das vezes, desvinculada de uma política. (CAIAFA, 2007, p. 146).

No terceiro ensaio com o SNA cheguei mais cedo para acompanhar a oficina livre de música. Logo observei duas crianças no espaço ao ar livre onde se tocava e

cantava coletivamente. O menino aparentava entre três ou quatro anos, e a menina em torno de cinco a seis anos. Era um fazer musical livre, cantavam músicas populares. Inicialmente as crianças tocavam pandeiro e pandeirola e ficavam mais paradas. Durante o ensaio elas andavam pelo grupo e exploravam outros instrumentos. Em meio a este movimento, a mãe das crianças (distante da cena), as chamou e elas correram ao seu encontro. Observei que as crianças estavam ali sem a mãe. Depois elas retornaram. As crianças disputavam um pandeiro. O violonista riu e falou que havia muitos pandeiros, que elas não precisariam disputá-lo. As crianças começaram a andar entre as pessoas que continuavam a atividade. A menina resolveu tocar a tubadora - instrumento de grande porte. O ex-estagiário, agora profissional participante do SNA, chamou a atenção dela dizendo para não tocar. Ela continuou. Posteriormente, o menino pegou o triângulo, e a menina o chocalho grande. Até que o menino se afastou, e um pouco atrás da cadeira onde eu estava sentada, ele urinou. Ele o fez durante a oficina de música no espaço aberto em frente ao CAPS, sem a menor hesitação, como se fosse um hábito comum. O usuário percussionista do SNA olhou para o menino e para mim e riu deste fato inusitado. Quando o menino voltou próximo à tubadora, o mesmo profissional que chamou a atenção da menina anteriormente, falou para o menino não colocar a mão nele. O violonista chamou o menino de erê⁴⁴. O menino pegou um biscoito e colocou-se sobre as pernas de uma vocalista que o afagava a cabeça. As crianças pareciam estar ali oscilando, como elementos voláteis desta rede e movimentando várias linhas ao mesmo tempo. Elas quase encarnavam as *linhas de fuga*,⁴⁵ com inúmeras possibilidades de inserção, desvio e atuação nesta rede. Identifiquei-as como *actantes* visivelmente móveis e suas presenças e ações não seriam detectadas por nenhuma tentativa de previsibilidade. As crianças pareciam ocupar inúmeros lugares, e ao mesmo tempo, nenhum. Ora apareciam no cenário, ora eram invisíveis por não interferirem na dinâmica musical. Mas quando tentaram ocupar o lugar do instrumento potente (a tubadora), veio a proibição, demonstrando que ali existiam lugares em que elas não tinham acesso tão livre. A espontaneidade das crianças, a falta de um adulto único que se responsabilizasse pelo cuidado a elas, trouxe uma certa leveza àquela convivência. Elas, que não eram nem usuários, nem familiares adultos, nem profissionais ou ex-

⁴⁴ Expressão utilizada em religião afro-brasileira em referência à criança.

⁴⁵ Conceito que denota linhas flexíveis, mobilidades e instabilidades, desvios em algo estabilizado. (DELEUZE & GUATTARI *apud* SIQUEIRA-SILVA, 2007, p. 50).

estagiários, nem pesquisadores, ali estavam misturadas aos outros componentes do coletivo.

Um estranhamento inusitado: posto de vigilância

Ainda neste encontro, um usuário que chegou atrasado, perguntou se poderia me cumprimentar. Pedi licença para isto porque, verbalizou, eu estava no “Posto de vigilância”. Cumprimentando-lhe respondi que eu estava no “Posto de observação”. Senti-me a própria personificação do panoptismo foucaultiano⁴⁶; um dispositivo de observação do qual se observa tudo. Depois de terem me perguntado como eu avaliaria o ensaio, percebi que precisava, pelo menos, voltar a falar de meu lugar ali e decidi fazer isto no ensaio seguinte. Preocupei-me com este comentário do usuário. Caiafa contribui sobre a questão política nos textos etnográficos:

A preocupação com a entrada da multiplicidade das vozes envolvidas no empreendimento etnográfico, por exemplo, e com a constituição de autoridade (um problema político) nos textos, traça constantemente um exterior ao discurso, que tende a aparecer agenciado, ligado a práticas não-discursivas. (CAIAFA, 2007, p. 146)

Ao final do ensaio, decidindo sobre o repertório para apresentação, eles fizeram um círculo e eu fiquei anotando fora deste. Antes de sair, um profissional do SNA me perguntou: “Qual a nossa nota hoje?” Respondi que não havia nota. Pareceu-me que o lugar/função de pesquisadora estava sendo performado, oscilando entre vigilante e avaliadora. Identifiquei esta situação como inesperada e hilariante.

Descrição III: A estabilidade das conexões e a tentativa do cantor de rock

No quarto ensaio que acompanhei do SNA, expliquei detalhes da pesquisa aos componentes do coletivo musical e ofereci mais uma cópia do projeto da pesquisa. Não houve perguntas nem comentários. Senti como se aquela explicação fosse dispensável, como se o lugar ali já estivesse definido. Pela primeira vez identifiquei deste modo. Foi um conforto. Percebi um deslocamento do lugar de estranhamento. Enquanto um dos componentes regulava a aparelhagem, os outros componentes cantavam e tocavam

⁴⁶ Informações sobre panoptismo em *Vigiar e Punir* (FOUCAULT, 2003, p. 173-199).

ludicamente. Naquele momento descontraído surgiu um cantor de rock que frequenta os ensaios. Ele cantava com inglês bem articulado. Alguns o acompanhavam com instrumentos e ele seguiu na sequência de rock até que toda a aparelhagem fosse regulada. Ao final, todos aplaudiram o roqueiro quando ele entregou o microfone para a vocalista do grupo. No meio do ensaio, ele pegou o microfone e o grupo já não lhe dava mais atenção. As pessoas falavam de outros assuntos. Um dos cantores instituídos do SNA pegou o microfone da mão do roqueiro para cantar. Durante o intervalo, o roqueiro voltou a cantar e um outro usuário-cantor lhe disse: “Filho, não se empolga não”, fazendo um gesto com a mão para que ele parasse de cantar. O roqueiro que estava de pé, sentou-se e calou-se. O psicólogo na guitarra explicou ao roqueiro que eles tinham que ensaiar o repertório. Esse estranho foi colocado para fora pelos próprios colegas de grupo, pela necessidade de ensaiar o repertório e pelo seu lugar como cantor não estar instituído. Esta conexão não se estabilizou naquele ensaio. Haveria então estranhos entre estranhos, estrangeiros em sua própria pátria. Esta conexão não se estabilizou, mas esteve presente. Seguir as práticas, os *actantes* em ação, seguir seus rastros, é o que preconiza a TAR. Por que as conexões de inserção como cantor não se estabilizaram para o roqueiro? O grupo canta rock, mas ele não ocupou neste ensaio o lugar de cantor por muito tempo. Havia outras conexões que estavam mais estabilizadas do que as que o engendrariam naquela rede como cantor. Este acontecimento se deu logo no início da pesquisa de campo, em setembro de 2009.

Em abril de 2010, quando entrevistei Guilherme Milagres, o músico do grupo SNA, ele informou que na semana anterior o cantor de rock tinha feito sua estreia no SNA, em apresentação ao público, na qual ele demonstrou seu estilo e voz. O cantor de rock, enfim, foi incluído na apresentação. Isto indicou que o coletivo possuía mobilidade suficiente para que instabilidades pudessem se configurar em conexões estáveis e visíveis. A estabilização visível ocorreu neste modo de produzir som e o usuário que não encontrava espaço para se expressar musicalmente, conquistou-o e conseguiu fazer parte da apresentação do SNA. Consideramos aqui uma inclusão, embora saibamos que as estabilizações não são atemporais nem permanentes. Micropoliticamente identificamos um processo de inclusão em campo não totalizante, homogêneo ou generalizado, produzido dentre as possibilidades engendradas pelas conexões imediatas. “O plano na lógica micropolítica, nada tem a ver com a transcendência: ele se faz ao mesmo tempo que seu processo de composição. Ele é mais como os sons do que como as cores”. (ROLNIK, 1989, p. 63).

Ao rastreamos as conexões da rede, consideramos o binômio inclusão/exclusão como constructos sectarizados e inoperantes ao nosso modo de pesquisar. Identificamos uma fragmentação desta ideia dicotômica, em que o usuário é inserido na sociedade. “Tudo é político mas toda política é ao mesmo tempo macro e micropolítica” (DELEUZE & GUATTARI *apud* NEVES, 2002, p. 46).

Não se trata de homogeneizar a noção de social, como já nos referimos, nem de pensar que não existe exclusão nos processos segregatórios. No ensaio, o cantor de rock foi excluído até por outro usuário. A reabilitação psicossocial, reinserção social ou simplesmente inserção social como jargões da Reforma Psiquiátrica encontram aqui uma consonância micropolítica.

Descrição IV: A dançarina improvisada

As conexões com o Harmonia Enlouquece (HE), o outro grupo pesquisado, foi bem diferente do que com o SNA. No primeiro encontro observei um ensaio de músicos bem organizado, pontual, com horário determinado para começar e terminar. Todos já sabiam as suas funções musicais. Um ensaio de músicos profissionais. Ao final, o musicoterapeuta explicou a todos sobre minha pesquisa. O cantor principal disse: “Tomara que ela (eu) venha em todos os ensaios”, demonstrando gentileza. O segundo encontro com o grupo aconteceu em apresentação no museu Villa-Lobos. Foi musicalmente impecável e belo. O estranho surgiu na figura de uma mulher que inicialmente dançava na frente do palco, mas que aos poucos se exibiu durante o show. Ela dançava de modo pouco sincronizado, sua face não demonstrava alegria, mas ela insistia em dançar, o que não foi acompanhado por ninguém da plateia. Tratava-se de uma apresentação musical com repertório autoral. A dançarina improvisada, no meio do show, fez performance como se tocasse um violão invisível. Ela conhecia trechos das músicas e parecia querer estar no palco com o grupo. Gesticulava como se fosse *backing vocal*. Ao final, quando foram apresentados os músicos ao público, o cantor principal referiu-se a dançarina “E com a participação especial de (disse o seu nome)”. Todos aplaudiram. Logo em seguida ela pegou o microfone da mão do cantor e não proferiu a segunda palavra porque ele o tomou de sua mão e disse: “Peraí”. Em seguida, ele começou a cantar a música que o instrumental já havia introduzido. Houve neste momento uma delimitação clara das funções e dos lugares a serem ocupados e a apresentação seguiu para o término. O público aplaudiu de pé a apresentação no Museu

Villa-Lobos no dia 19 de setembro de 2009. No ensaio posterior que acompanhei, lá estava a bailarina improvisada. Ela dançou, mas não cantou no ensaio. Descobri que ela era usuária do CPRJ e todos lá a conheciam. Nesta descrição, as conexões que engendraram a bailarina não se estabilizaram como integrante dos shows. Suas expressões foram acolhidas com aplausos sugeridos pelo cantor, mas se configurou uma participação especial. Os grupos musicais, em geral, podem se apresentar com estas participações, mas ali observamos resquícios, rastros de que se tratava do campo da saúde mental, conexões com este. Há casos em shows de grupos fora deste cenário que aparecem pessoas no palco, ou em manifestações de tietagem. Ali não me pareceu ser este o caso. Seu domínio do repertório e as gesticulações de *backing vocal* me remeteram a pergunta de que ela estava dançando de um outro modo, pertencendo a toda aquela manifestação artística. No ensaio, ela não permanecia por muito tempo, mas participava “meio de fora”, não entrando na dinâmica do ensaio. O que se estabilizara era seu modo de participar não diretamente, estar nos ensaios e shows acompanhando, dançando, mas sem integrar aquele corpo estruturado do grupo, aquelas estabilizações de conexões. Percebi que ela se mantinha nas instabilidades dos lugares, criando um outro lugar, não fixo, não previsível. Ela não participava dos CDs, mas estava ali, fazendo parte do grupo, do movimento, ao seu modo. A saúde mental é um lugar para isto: acolher modos diferenciados de participação, modos de existir e interagir que não são previamente demarcados. Mas desviados de lugar, voláteis. Assim como as mobilidades das redes, seus *actantes* manifestam-se de maneiras imprevisíveis.

O estranho é constitutivo?

Nesta pesquisa trouxemos a produção do estranho como algo que destoa, que faz dissonância com os lugares já instituídos. Pensamos também que podemos chamar de estranho às conexões que se produzem mas não se estabilizam. Trouxemos estranhamentos em que atentamos para os humanos em ação. Mas os não-humanos também estiveram engendrados nestas produções. No campo de pesquisa, há muito o que observar o tempo todo. A escolha do que observar é uma escolha política, qualquer que seja, vai engendrar interesses e muitas outras conexões. Obviamente, algumas situações não relatadas se estabilizaram e estiveram presentes durante estas observações. Aquilo que escapa, o que foge não precisa ser considerado estranho por esta posição.

A construção do lugar de pesquisadora aconteceu em meio às conexões de muitos *actantes*, tanto humanos quanto não-humanos. Alguns conseguimos descrever: um suposto lugar de avaliadora, em posição de vigilância, o menino e seu ato inesperado de urinar, o usuário que respingava saliva enquanto falava, os microfones, os convites para ocupar lugares já conhecidos, as brincadeiras entre os humanos, as ocasiões em que eu toquei instrumentos e cantei as músicas. Todas estas situações e outras compuseram um lugar que se enredou nas múltiplas possibilidades de relações.

III.3.1- Visibilidade e geração de renda

Observando os ensaios, percebemos que a convivência é o que potencializa a ação e não os efeitos do sucesso, visibilidade e geração de renda. Por que pensamos em entrar em campo com questões relativas à visibilidade e geração de renda? Porque não sabíamos a conotação dada pelos participantes a esta situação midiática. A relevância na escolha das questões aconteceu também por estas serem inéditas na história da saúde mental e na vida dos participantes. Cabe ressaltar que estas questões também apareceram no meu percurso de intervenção e de pesquisa anteriores, com o Mágicos do Som (SIQUEIRA-SILVA, 2007, p. 68). Mas para os participantes, o que importava? A resposta mais imediata do campo foi o prazer de fazer o que estavam fazendo, independente do sucesso que teriam com o feito. Nos ensaios, tanto profissionais quanto usuários falaram que gostavam dos shows, mas muitos se referiram também ao prazer dos encontros: cantar, tocar, estar ali convivendo. Conversando verbal e musicalmente.

Desde o surgimento do grupo musical Cancioneiros do IPUB em 1996, alguns musicoterapeutas e músicos desenvolvem trabalhos musicais com usuários de serviços de saúde mental com repercussão nas mídias. Estas práticas têm mobilizado poderes instituídos e interesses que antes a musicoterapia não agenciava. O grupo Harmonia Enlouquece encontrou ressonâncias institucionais e midiáticas e ampliou sua visibilidade. O Cancioneiros do IPUB também apareceu num capítulo da novela que mostrou outros trabalhos artísticos da saúde mental. Isto repercute em reflexões musicoterápicas que ora são pesquisadas. Em meio a estas conexões midiáticas, os grupos musicais se apresentam em vários estados brasileiros com repertório autoral, visibilidade e aplausos.

Embora já houvesse familiaridades no campo, não sabíamos como os grupos lidavam com as questões de geração de renda e da visibilidade. As referências a estas

questões apareceram nas entrevistas com os profissionais e nos comentários durante os ensaios e shows. As informações ficaram mais identificadas e facilmente localizadas, quando os entrevistados foram provocados pelas perguntas da pesquisadora. Como as referências a este tema durante o acompanhamento aos ensaios e shows foram mais espaçadas, pensamos inicialmente que estas questões não estavam presentes no campo. Pensamos que eles referiram-se ao tema parcamente e que estas questões seriam uma expectativa apriorística da pesquisa, uma assimetria. Ao retomar toda a descrição do campo, vimos que as referências à visibilidade e geração de renda nos ensaios e shows estiveram presentes e alguns relatos nos surpreenderam.

Para problematizarmos este tema, destacamos da descrição das entrevistas, ensaios e shows, todas as citações referentes à visibilidade, geração de renda, dinheiro e sucesso. Nossa escrita foi negociada com os *actantes*, várias mãos e vozes, muitos efeitos.

Das entrevistas com os profissionais

Duas perguntas balizaram as questões de sucesso, visibilidade, dinheiro e geração de renda na entrevista aos profissionais:

- a) Como a criação e manutenção deste grupo opera a questão do dinheiro, da visibilidade, do “sucesso”?
- b) Como os profissionais veem os efeitos da visibilidade e geração de renda para os usuários de serviços de saúde mental?

Agrupamos as respostas às duas perguntas em referência às questões:

Quanto ao sucesso

Respostas do SNA

Guilherme Milagres, organizador musical:

“A parte do sucesso ainda é melhor do que os ‘normais’. Nós temos nossas vaidades. Muitos profissionais quiseram entrar no palco do Canecão, em apresentações legais, boas”. (Entrevista em 30/04/2010).

A conotação dada ao sucesso por este profissional o inclui enquanto músico. Ele também se regozija com o sucesso como participante do coletivo.

Respostas do HE

Telma Rangel comentou:

“Eu entrei, estavam algemados. Hoje em dia hotel cinco estrelas. Foi um grande passo... Eles adoram o sucesso. A novela atrapalhou o HE porque deixaram de convidar porque achavam que o grupo já estava num patamar de sucesso... Cansativo a gravação. Repete muito e é muito longo. É um abuso. Enquanto serviu para eles. Agora ninguém atende aos telefonemas do Harmonia. É uma utilização... O grupo HE não ganhou nada pela participação na novela, eles alegaram que eles eram participantes. O grupo não ganhou nem cachê de figurante”. (Telma Rangel, entrevista em 08/03/10).

Esta profissional fala do sucesso como algo valorado pelos usuários participantes. Evidencia benefícios desta condição, mas também critica e expõe dificuldades advindas desta visibilidade. Ela aponta ainda uma diferença importante: a participação dos usuários não foi remunerada. Esta questão também surgiu com o grupo Mágicos do Som (SIQUEIRA-SILVA, 2007). Para os usuários, bastaria participar da novela, ter visibilidade? Isso, por si só, já seria o pagamento? Entretanto, para os outros artistas e figurantes, não é considerado trabalho e por isto remunerado? A discussão da associação entre trabalho e terapêutica permeia a história da saúde mental⁴⁷ e neste comentário parece ainda presentificada.

O trabalho foi associado ao terapêutico como tratamento. A necessidade de mão de obra para a construção de um hospital é citado como um dos indícios de como esta conexão começou a se estabilizar, posto que foram utilizados usuários considerados cronificados e observados benefícios no tratamento dos mesmos (AMARANTE, 1995, p. 30). “O trabalho do enfermo mental não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi todo reformado, podendo respirar-se ali uma atmosfera de ordem e tranquilidade, que até então não era habitual”. (BIRMAN & COSTA, 1994, p. 47).

⁴⁷ Reconhecemos a importância desta temática, mas nesta pesquisa não aprofundaremos as discussões e questões entre trabalho e saúde mental.

Há uma inscrição na entrada da Colônia Juliano Moreira em latim significando “Vencer pelo Trabalho” e esta mesma inscrição esteve presente nas entradas de campos de concentração. As “colônias de alienados” (AMARANTE, 1995, p. 27- 28) criadas para tratamento aos usuários dos serviços de saúde mental foram influenciadas no pressuposto do trabalho. Entretanto, as colônias foram construídas longe dos grandes centros urbanos.

Para Birman a praxiterapia dos anos vinte, estabelecida por Simon, retomou o mito de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabeleceria um sujeito marcado pela sociabilidade da produção. (AMARANTE, 1995, p. 30).

Visualizamos rastros de três conexões importantes para nossa discussão:

- a) A inserção pela sociabilidade do trabalho musical seria uma conexão com possibilidade de estabilização pela visibilidade e geração de renda;
- b) E/ou um modo operante de evidenciar outras formas segregatórios e
- c) Suceder uma terapêutica pelo trabalho.

Francisco Sayão relata:

“O sucesso é uma coisa muito estranha. A gente ano passado colocou uma música na trilha. Os três técnicos foram convidados na estreia (festa de estreia da novela Caminho das Índias). Eu liguei para Glória Perez, chorei e foi o grupo todo. E aí fez sentido a gente ir à festa... sucesso gera frustração e vaidades muito mais do que outras situações da vida. Eles já têm a consciência de não ficar embriagados com isto. Outros não suportaram. Sucesso é conseguir manter o projeto. O sucesso da novela que fez muito sucesso. Nossa música tocou duas vezes. Foi a que menos foi tocada. Isso não trouxe a possibilidade de tocar em rádio. Tem toda polêmica de falar em Haldol, Fenegan, Diazepan. Sempre dão esta desculpa. Os serviços de saúde mental são muito afastados uns dos outros”. (Francisco Sayão, entrevista em 08/03/10).

Observamos neste comentário que o sucesso evidenciou situações segregatórias já conhecidas das práticas em saúde mental. Contudo, houve intervenção do profissional ativando outras possibilidades e engendrando outras conexões. Identificamos que enquanto trabalhadores de saúde mental, nós temos que intervir nestas conexões

engendradas em discriminação e isolamento. Isto também é quebrar muros institucionais da loucura, por este viés, para dissolver os perceptíveis micro-hospícios que separam os ditos normais e os diagnosticados como loucos. Há uma crítica ao sucesso dita por Francisco Sayão mas há também descontentamento pela música não ser tocada na rádio. Tocando a música, mais sucesso adviria. Mas a música na novela tocou em apenas dois capítulos. Francisco Sayão disse que o projeto é um sucesso. Eu concordo.

Quanto à visibilidade

Respostas do SNA

“O lugar do profissional perde a fronteira com o lugar de integrante do grupo, como qualquer um... O coletivo foi criado com dois polos: oficinas de criação, elas teriam que ser fortes ao ponto de ir reunindo o que se produzia e apresentarmos à sociedade. Se esse percurso desse renda ou uma visibilidade cultural tanto melhor ... É uma sociedade midiática⁴⁸. Quando faz um bom show é menos visível quando aparece na TV. [Pergunto se eles apareceram na novela Caminho das Índias]: Na novela não fomos convidados. Houve TV Brasil, TV de São Paulo etc. Temos um pacto no grupo para nos focar na questão do prazer do trabalho. A visibilidade⁴⁹ é prazerosa, mas não é uma ansiedade nossa... Quando eu disse que a criação dos grupos não tem vocação para cultura, digo também que a saúde mental não é preparada para criar mecanismos financeiros de manutenção dos grupos. Eles vão ganhando estrutura quando recebem algum dinheiro da sociedade civil. O que é muito irregular. A precariedade na formação destes grupos é muito grande e impede um desenvolvimento maior deles. Faltam instrumentos musicais, aparelhamento técnico [pergunto: aqui no grupo tem, né?] Ele responde: por conta do projeto “Loucos por Música”⁵⁰ que não é da área de saúde mental. A visibilidade: isso é, faz parte da alegria do projeto. É inerente a todo artista”. (Lula Wanderley, entrevista em 03/05/10).

Lula Wanderley faz um comentário que aborda ambas as questões: visibilidade e geração de renda. Coloca o profissional e o usuário na mesma condição de artista. Esta é uma conexão bem interessante porque dissolve dicotomias dispensáveis à saúde mental, as cisões entre usuários e profissionais. Ele também releva a importância do

⁴⁸ O SNA também se apresentou algumas vezes em programas televisivos que podem ser acessados pelo *youtube*.

⁴⁹ Em janeiro de 2012, encontrei um profissional e um usuário do SNA no IMNS. Ambos estavam participando do filme sobre a vida da Nise da Silveira, uma grande psiquiatra brasileira que trabalhava neste instituto que leva o seu nome. Foi interessante e gratificante saber que eles estarão nas telas do cinema. Mais um veículo midiático para fortalecer a Luta Antimanicomial e mais uma forma de arte que os incluem.

⁵⁰ Projeto artístico e cultural que reúne músicos famosos com grupos musicais e artistas plásticos da área de saúde mental, apresentando-se em grandes casas de shows.

Informações em: <http://www.loucospormusica.com.br>.

investimento advindo da área da saúde mental a estas iniciativas musicais. Identificamos que a renda vem através de uma visibilidade e investimento de outras áreas: cultural e sociedade civil. Lula Wanderley ainda agrega alegria à visibilidade, condição produzida pela arte. O tema visibilidade, a cada resposta, vai agregando várias conexões. Observando estas descrições, percebemos as conexões em que o termo se ramifica, e como isto vai modificando, mobilizando esta rede.

Daniel Souza comentou:

“Fica individual, para cada um. Tem pacientes que adoram esta coisa de visibilidade. Para o [cita o nome de um usuário] é importante estar no palco tocando, mais do que cantando. Para ele o importante é estar no palco. Para mim é muito gratificante, minha vaidade é enaltecida totalmente quando eu vejo uma ideia se materializando em cena”. (Daniel Souza, entrevista em 21/05/10).

Este profissional também traz satisfação em realizar seu trabalho como participante do coletivo. Isto indica o lugar de músico/artista sendo compartilhado. Um efeito não só vivenciado pelos usuários como tratamento terapêutico, como se poderia supor, mas uma satisfação de artista. Um outro lugar.

Respostas do HE

Sidney Dantas, multi-instrumentista do HE, estranhou a pergunta e acrescentou:

“Como assim? O artista gosta de ser conhecido. Sujeitos que nunca tiveram oportunidades, foram colocados na mídia. Chega psicanalista na hora do almoço e diz: nós temos que ver os efeitos disso nos pacientes. A nossa real vontade e nossa razão de ser está aqui, o resto é consequência. [Essa entrevista foi feita no auditório após o ensaio]... É claro, o [cita o nome do usuário] adora aparecer, gosta de dar autógrafos. Se tiver sucesso, ótimo. Se não, tá tranquilo... a gente não vive buscando isso, nosso objetivo é fazer música. O que vem depois disso é consequência. Eles só estão porque gostam de subir no palco, dar entrevista e gostam de tocar”. (Sidney Dantas, entrevista em 16/11/09).

Este profissional que exerce a função visível de diretor musical do grupo coloca em xeque o modo como os usuários podem ser conotados institucionalmente em saúde

mental. Muitas vezes os profissionais se colocam na posição de dar sentido ao que fazem os usuários, ocupando um pseudo lugar terapêutico. Todo músico teria que ser “terapeutizado” para exercer sua função? Identificamos isto como um mecanismo de tentativa de captura do sentido que o próprio usuário dá a seu fazer e um exercício de poder manicomial sobre o usuário. Cabe ao usuário dar o sentido que lhe convier ao seu trabalho musical. Sidney Dantas ainda identifica que há uma satisfação na visibilidade, mas que há outras conexões com o prazer de fazer música. Um dos efeitos destas conexões seria o sucesso, mas não como objetivo. Ele ratifica o lugar do músico e sua razão de atuar: fazer música. A saída do lugar de paciente para o lugar de músico é uma passagem interessante porque produz desvio, diferença no lugar instituído da loucura. Em pesquisa anterior problematizamos este tema, a experimentação do grupo Mágicos do Som que “buscou sair do lugar instituído da loucura. Luta contra estigmas sociais vivenciados por usuários de serviços de saúde mental. Deslocamento do lugar de louco para o de músico”. (SIQUEIRA-SILVA, 2007, p. 11).

As práticas e o convívio com os usuários de saúde mental nos ensinam a estranhar conexões já estabilizadas e aprender outros modos de ser, viver e atuar profissionalmente. Outro trecho de entrevista exemplifica situações recorrentes para quem atua na área e que poderiam surpreender quem não tem essa proximidade: “Lidam com isso [visibilidade] melhor do que a gente, porque eles não tem preocupação de errar. No Canecão, na primeira vez, os profissionais estavam nervosos e eles calmos”. (Telma Rangel, entrevista em 08/03/10).

No relato abaixo, Francisco Sayão traz dificuldades acerca da visibilidade e as conexões com o lugar instituído da loucura.

“Alguns não aguentaram a exposição. Aconteceu de usuário ficar chorando até a hora do palco. Tem gente que não quer ser reconhecido como maluco. Chamei músico para entrar no meu lugar, mas ele não suporta aparecer como maluco para os outros. Uma flautista quer ser vista como profissional. Ela dava entrevista dizendo que estava só colaborando... A novela foi estreia, vamos ver o que acontece. Que bom que teve a novela... No Loucos por Música, nas 12 edições, eles [o HE] cantaram em todas as edições e a partir de 2007 outros grupos participaram... Gilberto Gil⁵¹ assistiu ao show e participou cantando Maluco Beleza junto com o HE [isto não saiu na imprensa], este foi o momento mais emocionante do projeto e receberam o carão de quebrar

⁵¹ No site www.harmoniaenlouquece.com.br há o vídeo em que Gilberto Gil canta com o grupo Harmonia Enlouquece.

o protocolo. Saiu na imprensa o Gilberto Gil berrando na entrada do show [havia um concurso para quem gritasse mais alto e o então ministro tinha participado]”. (Francisco Sayão, entrevista em 08/03/10).

A preocupação com o lugar do louco também surgiu em relato de uma profissional cuja família se queixou de não ter aparecido na TV alguma citação de que ela não seria usuária. Ocorreu fato semelhante com o Mágicos do Som; foi publicada uma reportagem em jornal referindo-se aos componentes como psicóticos adultos. Por este motivo, uma cantora e um instrumentista desistiram de participar (SIQUEIRA-SILVA, 2007, p. 69). Em se tratando de conexões com dispositivos midiáticos há sempre o risco de estigmas serem amplificados ou enfraquecidos. Depende da conotação dada pela reportagem. No relato de Francisco Sayão, uma pessoa queria ser vista como profissional e omitia o fato de ser usuária. Ela preferia o lugar de profissional. Estar na condição de usuário desloca o profissionalismo? Usuários de saúde mental de serviços públicos, em muitos casos, não conseguem exercer atividade laborativa sistematicamente. Alguns conseguem aposentar-se por invalidez, outros ficam na situação de “encostados”, como eles mesmo dizem: recebem benefício governamental, mas ainda não foram aposentados. Há os que fazem trabalhos sem vínculo empregatício, chamados de bico e outros não tem atividade laborativa alguma. Há iniciativas atuais de geração de renda no Instituto Municipal Juliano Moreira, no Nise da Silveira, no lippe Pinel dentre outros. São os programas e/ou projetos de geração de renda voltados para esta população. Criação de cantinas, restaurantes, artesanatos, papel reciclado, editora etc. Os investimentos da música focalizam-se nestes grupos musicais que ora pesquisamos.

O que é identificado como trabalho profissional em música? O músico brasileiro atua em diversos segmentos, muitos não oficialmente regulamentados. Existem músicos que trabalham em casas noturnas, dão aula, apresentam-se em muitos lugares e que não têm nenhuma formação acadêmica em música. Eles são leigos, amadores, em muitas situações, possuem um conhecimento do seu fazer que impressionam pela habilidade e talento. Muitos gostariam de se apresentar em locais onde estes grupos de saúde mental estiveram. O que identificaria um profissionalismo em música diante deste cenário? O músico sem formação musical, mas com habilidade em seu fazer teria a mesma condição do usuário músico? Há, inclusive, usuários que têm formação musical. Mas a diferença implícita não está localizada em seu labor; ambos podem estar aptos ao fazer

musical com qualidade estética. Localizamos a dissonância no estigma relacionado ao usuário de saúde mental e o preconceito vivenciado por esta condição. Participar destes grupos conecta ao estigma tanto o profissional de saúde mental quanto o usuário, posto que ambos frequentemente não aparecem identificados durante as exposições nas mídias. Esta não diferenciação *a priori* de quem seria um ou outro foi algo pleiteado pela Reforma Psiquiátrica. O objetivo era de que o usuário estivesse tão preservado dos danos manicomiais que pudesse estar convivendo socialmente como todas as outras pessoas, para não sofrer o preconceito atrelado a sua condição. Os profissionais foram convidados a não vestirem jalecos brancos e uniformes, e a formação de equipes tentava descentralizar a figura do médico. As decisões passaram a ser tomadas em equipes compostas por diferentes profissionais. Esta já era a intenção das chamadas comunidades terapêuticas, uma das iniciais contribuições para a Reforma Psiquiátrica.

Toda a comunidade constituída de equipe, pacientes e seus parentes está envolvida em diferentes graus no tratamento e na administração [...] A ênfase na comunicação livre entre equipe e grupos de pacientes e nas atitudes permissivas que encorajam a expressão de sentimentos implica numa organização social democrática, igualitária e não numa organização social de tipo hierárquico tradicional. (JONES *apud* AMARANTE, 1995, p. 31).

No comentário de Francisco Sayão, ele se emocionou ao falar sobre a participação de Gilberto Gil no show do HE. Este músico era o então ministro da cultura e também um ídolo musical brasileiro há décadas. Mas infelizmente esta participação não foi publicizada. O que saiu na mídia foi o grito do Gilberto Gil em concurso de quem gritasse mais alto na entrada do show. Eu estive presente numa destas edições do “Loucos por Música” e me senti desconfortável ao ouvir gritos na entrada da casa de show Vivo Rio. Mas o tom de brincadeira talvez nos incitasse a entrar numa loucura vista pelo senso comum. Gilberto Gil cantando com um grupo, qualquer que fosse, seria um privilégio e uma honra. Assim percebi na fala de Francisco Sayão, embora isto não tenha saído na imprensa, nós que registramos. As conexões são ramificações de uma rede. Há muitas, e também infinitas possibilidades de afetos e contágios.

Quanto à geração de renda

Destacamos nas entrevistas as citações referentes ao modo como os profissionais lidam com esta questão.

Respostas do SNA

“Queremos transformar o Mauro⁵² e Yago (usuários) como monitores. Eles podem ter ajuda de custo. Leonardo (usuário ao fundo da sala) pergunta: ‘Isso pode ter lanche nesta monitoria?’...O trabalho gerou vários convites. O Loucos por Música deu uns [falou o valor] por duas apresentações. A gente investiu para a compra de instrumentos musicais. [Pergunto se eles ganharam dinheiro]: Uma parte da verba dá ajuda de custo e aos músicos convidados dá um *pro labore*. [Guilherme fala que nunca ganhou dinheiro diretamente deste trabalho]. ‘Mas acho que todos deveriam ganhar por este trabalho’. O objetivo é cair na estrada e esse grupo também gerar novos alunos, oficinas de teatro, percussão. Tipo ser um *AfroReggae*⁵³ da loucura. A gente comprou aparelhagem de som, microfone sem fio. Compramos câmera e recebemos um prêmio do Ministério da Cultura chamado ‘Loucos pela Diversidade’. [Ele acrescenta]: só falta vir o dinheiro. Vamos fazer CD e DVD porque o show é visual”. (Guilherme Milagres, entrevista em 30/04/2010).

Neste comentário destacamos a perspectiva de gerar renda através da prática de ensino: usuários mais capacitados ensinam outros, iniciantes. Esta possibilidade viabiliza a conexão do usuário ao lugar de trabalhador, mas o diferencial é que isto seria em função do aprendizado desta experimentação. Esta ideia implementada seria um possível efeito difrativo deste movimento musical em saúde mental. O comentário do usuário aponta para outros ganhos possíveis advindos deste trabalho, por exemplo: a alimentação. Guilherme Milagres também fala dos investimentos em instrumentos musicais que o grupo SNA fez com a renda de shows. Algo nos surpreendeu: os músicos convidados recebiam um *pro labore*. Isto seria uma participação especial? Neste efeito rastreamos que houve uma diferenciação do músico pertencente ao grupo SNA e o de fora, que ganha de outro lugar. Em qualquer grupo musical profissional, os músicos convidados recebem pelo trabalho, a menos que cordialmente cedam o cachê. Mas nosso entrevistado aponta que há uma ajuda de custo para os participantes diretos. Não purificamos a resposta quanto ao valor, quem receberia mais pela participação, se o

⁵² Nomes fictícios.

⁵³“Fundado em 21 de janeiro de 1993, o Grupo Cultural AfroReggae foi criado para transformar a realidade de jovens moradores de favelas utilizando a educação, a arte e a cultura como instrumentos de inserção social”. Informações: <http://www.afroreggae.org.br/institucional/nossa-historia>. (Trecho extraído deste site em 21/07/10).

músico/usuário pertencente ou o convidado. Guilherme Milagres acrescenta que todos deveriam receber pelo trabalho. Identificamos aí uma segregação dentro de outra segregação? Ou simplesmente uma relação comercial em que as tarefas foram discriminadas e valoradas diferencialmente? Não encontramos resposta. A proposta de gerar oficinas nos pareceu muito interessante posto que evidenciaria uma ampliação da rede em outras conexões. Esta possibilidade poderia se constituir em mais um efeito que faria parte da difração provocada por este movimento em saúde mental. Este contágio possibilitaria mais geração de renda e maior número de participantes, agregando e fortalecendo esta rede. Ele cita como exemplo desta iniciativa o grupo *AfroReggae*. Guilherme Milagres também fala do atraso na premiação mas antecipa o objetivo de gravar CD e DVD. Uma renda previamente endereçada. Eu acompanhei esta discussão nos ensaios. O SNA está esperando esta renda para as suas primeiras gravações em estúdio.

Outro entrevistado evidencia esta conexão:

“Uma das lutas é profissionalizar e gerar renda. Isso dá dignidade para qualquer um. Fazer algo que você gosta. Isso é um trabalho... Como vai tocar se não tem instrumento? A direção não achava importante comprar instrumento...Para o SNA seria importante que fosse profissionalizante, gerasse renda...O objetivo é viver da arte que a gente produz”. (Daniel Souza, entrevista em 21/05/10).

Daniel Souza ratifica a conexão entre profissão e renda e marca isto como prerrogativa do trabalho artístico. Ele cita o termo luta ao se referenciar a esta conexão, e também questiona a falta de suporte institucional em serviço de saúde mental, o que Lula Wanderley também apontou em sua entrevista. Identificamos o instrumento musical aqui como relevante materialidade que engendra socialidades. A importância dada a compra de instrumentos abre brechas para várias conexões. Para apresentação musical destes grupos é necessário instrumentos, aparelhagens e muitos outros materiais imprescindíveis a um bom show. Se o grupo se apresentar parcamente isto pode reforçar estigmas conectados a incapacidade e inadequação. Mas o que leva ou levou ao precário apoio institucional? Pensamos que em termos de gestão pública há muitas dificuldades em gerir recursos materiais e receitas, as quais são, geralmente, aquém das necessidades. Nesta ocorrência não sabemos se isto foi um dos motivos da falta de apoio. Nem todas as conexões se tornam visíveis e/ou conseguimos rastrear os efeitos

como gostaríamos. Mas observamos, neste relato, a insatisfação pelas dificuldades na aquisição de instrumentos musicais.

Respostas do HE

“O cara não tem nada e de repente pode comprar um ar condicionado, uma bolsa de compras. Ele é mais bem tratado pela família. Faz uma diferença enorme poder ter dinheiro. Ser reconhecido como pessoa capaz, porque esta imagem negativa dos transtornos mentais ainda persiste...Pô esse cara tá cantando e tocando, isso dá autoestima para ele...Fizemos CD com ajuda do CPRJ, pequenos cachês, nem todas as apresentações têm cachê. E conseguimos estúdio de graça. Faz-se cópias do primeiro CD até hoje. Foi feito na marra...Não tem como cobrar cachê, mas isto não é o que viabiliza a apresentação. Pede-se condução, lanche, estadia, passagens”. (Sidney Dantas, entrevista em 19/11/09).

Na descrição acima, identificamos os benefícios trazidos por geração de renda e a referência a um apoio institucional direto que não ocorreu nos relatos do SNA. Percebemos que no HE articularam-se várias conexões para as aquisições de equipamentos. Vários contatos, pessoas, negociações estiveram engendradas na produção do CD. Outras materialidades também entraram em cena agregando-se ao cachê e, por vezes, substituindo-o, como valor relativo. Sidney Dantas também fala da elevação da autoestima, um efeito terapêutico. O dinheiro entra como um dos *actantes* que mobilizam a rede com benefícios materiais e emocionais para os músicos participantes. As redes se propagam por contágio promovendo conexões que encontram outras e assim se expandem. Algumas negociações prescindem até do dinheiro em espécie, como foi o caso de conseguir estúdio sem precisar pagar por isto. Sidney Dantas evidencia que as apresentações são feitas com ou sem cachê. É imprescindível a noção de que materialidades não são desconectadas de socialidades e de que o social não é um constructo homogêneo e separado de outras conexões. Sua fala aponta estes engendramentos. A rede é constitutivamente heterogênea e é capaz de engendrar ar-condicionado & ser bem tratado pela família & auto-estima & capacidade & marra & contrariar estigmas & condução & lanche & outros tantos *actantes*. Observamos que as redes são capazes de agenciar efeitos não somente num segmento, a difração provocada por este movimento gerou várias derivações.

Abaixo o relato de Telma Rangel que ratifica o de Sidney Dantas e reitera a negociação como parte da produção do HE. Ela cita a materialidade de um ofício que

institucionaliza a negociação. Sua fala começa com o fato dos usuários valorarem a geração de renda e lembra uma prerrogativa do grupo de não centralizar a produção neste fato.

“Eles [os usuários] gostam de ganhar. O HE tenta não focar na geração de renda. Não há um vínculo com a geração de renda. A maioria de nossas propostas é 0800 (gratuita). Atualmente, faz-se um ofício explicando os gastos e propondo um valor, mas negociável, se não tiver, o grupo faz do mesmo jeito”. (Telma Rangel, entrevista em 08/03/10).

Apresentar-se mesmo sem gerar renda, sem retorno financeiro, marca uma conexão recorrente no discurso de alguns entrevistados. Francisco Sayão reforça esta ideia e a enfatiza utilizando o termo contrato como um rastro de materialidade quando afirma: “É a primeira cláusula do contrato: estar junto. O grupo não tinha intenção de geração de renda”. (Francisco Sayão, entrevista em 03/08/10).

Contudo, alguma renda é gerada nestes grupos. Está evidenciado nos relatos. Isto é um dos efeitos destas conexões. A rede continua se expandindo, ramificando-se.

Ainda com os entrevistados, observamos os comentários mais especificamente relacionados ao termo dinheiro.

Quanto ao dinheiro

Resposta do SNA

“A administração do dinheiro fica comigo e com Lula. Eu exerço também a função de produtor. Dá-se o meu telefone, o meu e-mail. Eu elaboro o mapa de palco. A logística, esta função fica sempre comigo. A gente administra o dinheiro. Decide coletivamente o que vai fazer com o dinheiro. Às vezes o paciente precisa de alguma coisa, e às vezes paga os pacientes. Geralmente só os pacientes é que recebem. A maioria das vezes abrimos mão da nossa parte para ‘engrossar o caldo dos pacientes’. Sempre deixa um fundo para suporte. Sempre decide coletivamente. Nenhuma decisão é tomada sem o consentimento de todos. Ou pelo menos eu aviso”. (Daniel Souza, entrevista em 21/05/10).

Outros entrevistados já disseram isto: os usuários são os que recebem dinheiro. Observamos que Daniel Souza fala de uma atitude dos profissionais de abrirem mão do

dinheiro em favor dos usuários. Esta atitude de cessão não aparecera deste modo anteriormente. Também disse que ele e o Lula Wanderley administram o dinheiro. Em se tratando de manejo de dinheiro, é geralmente acordado que os grupos tenham que ter pessoas definidas para lidar com isto. As decisões neste grupo são compartilhadas, embora seja de responsabilidade de duas pessoas o manejo das decisões coletivas. Bruno Latour escreve sobre a ação coletiva e afirma:

Ao dizer “coletiva” não está se referindo a uma ação realizada por forças sociais homogêneas, pelo contrário, a uma ação que reúne diferentes tipos de forças entrelaçadas justamente porque são diferentes. Por isto, a partir daqui a palavra “coletivo” tomará o lugar de “sociedade” [...] coletivo designará o projeto de agrupar novas entidades que até agora não haviam sido reunidas e que por este motivo aparecem claramente como não compostos de matéria social. (LATOURE, 2008a, p. 111).

Coletivo para Latour remete a um processo de coligar, de associar humanos e não-humanos. Coletivo é o que compõe o mundo comum, o social como associação. Portanto, neste coletivo não só os humanos mas o dinheiro, os convites, as reuniões, o espaço físico das reuniões e muitos outros *actantes* estariam presentes nesta rede.

Resposta do HE

“A questão do dinheiro, desde o início, foi discutida a maneira de dividir o dinheiro. Temos uma caixinha de 20% de manutenção, equipamento. 20% quando tem cachê legal. Existe porcentagem pela produção do material; intérprete, tocou, cantou. O cantor e compositor tem sempre ‘2xis’. O restante tem ‘xis’. Profissionais não recebem. A não ser quando tem exigência. Mas repassam para eles. Tem uma caixinha que fica na Instituição”. (Sidney Dantas, entrevista em 16/11/09).

No HE as questões vinculadas ao dinheiro estão organizadas em percentuais preestabelecidos e neste relato identificamos que há subdivisões na distribuição da receita. Aqui também se presentifica a cessão de cachê dos profissionais aos usuários.

“O HE canta independente de dinheiro ou não. Eu acabei mais ou menos como empresária do grupo. Eu sou a mãe do grupo...Pede-se lanche e transporte. Depois que gravamos o CD, eu sou a mulher do recurso. Seja financeiro ou humano... Eu não toco em dinheiro. E os cachês quando chegam tira-se 25% ou 20% para caixinha... Esse

dinheiro é para comprar subsídio para o grupo...Caixinha para fazer CD (artesanal)... Foi pago ao usuário um curso de técnico de som, um usuário quebrou o dente (tratamento). Van para dar passeio... Os usuários ganham cachês, os profissionais não ganham... Quando o cachê for acima de R\$ 5.000,00 ganha-se o *pro labore*....Quando foi no Rival (gravação), os figurantes ganharam [falou o valor] e o grupo não. Apenas foram para churrascaria”. (Telma Rangel, entrevista em 08/03/10).

Telma Rangel se identifica como a pessoa responsável pelas finanças, o mesmo ocorre no SNA, no qual há os responsáveis por esta tarefa. Ela cita investimentos aos usuários com os subsídios arrecadados pelos shows. Ganhos para a vida dos usuários como efeitos da conexão de geração de renda com repercussão nos participantes. Uma conquista que se produziu neste fazer. Ela inclui também a possibilidade dos profissionais ganharem *pro labore* quando a arrecadação superar um valor, como participação nos lucros. Outra questão importante está conectada a participação na novela “Caminho das Índias”. Esta novela nada gerou em arrecadação diretamente para o grupo. Os componentes não receberam cachê por participação em dois capítulos. Até mesmo os figurantes receberam dinheiro por participarem da novela. Só a participação no folhetim televisivo já seria suficiente para a satisfação dos usuários? Estaria presente também uma ideia de que o pagamento pelo trabalho era a visibilidade na novela? Ou ainda, esta participação na novela teria o sentido de terapêutico *per si*? Por que aos usuários, apenas a churrascaria?

Além de enfrentar estes desafios conflitantes, o HE ainda teve problemas nas relações mais imediatas. Conexões melindradas: “Teve um paciente que achou que nós estávamos lesando ele, isto fez com que fizéssemos critérios: querer participar, tocar instrumento e estar se tratando”. (Francisco Sayão, entrevista em 08/03/10).

A cada conexão a rede se move, traduz e cria outros modos de funcionar e se agenciar.

Todas estas questões soaram na pesquisa de campo como uma deriva, um efeito das conexões engendradas nos processos de criação e manutenção dos grupos. Para mantê-los, é necessário que algumas conexões se estabilizem. Algumas se estabilizaram, outras não. Isto faz parte dos processos da rede.

E no grupo TPC de Portugal?

Em entrevista feita com os profissionais, não abordamos as questões de geração de renda e visibilidade, porque estas não foram os efeitos que se produziram neste coletivo. As apresentações citadas aconteceram nos espaços dos hospitais psiquiátricos em comemorações e eventos, e não geraram renda para os participantes.

Nos encontros com os três grupos pesquisados, algumas problematizações emergiram da experimentação em campo, em meio às observações e entrevistas. Compartilhamo-las do lugar de quem caminha em incertezas e multiplicidades. Deste pensar, trazemos reflexões para as práticas musicoterápicas em saúde mental.

Neste percurso escolhemos seguir algumas controvérsias que apresentamos no próximo capítulo. Não pretendemos esgotá-las. Também não as consideramos definitivas.

CAPÍTULO III – CONTROVÉRSIAS ENTRE AS PRÁTICAS MUSICOTERÁPICAS E MUSICAIS EM SAÚDE MENTAL

Identificamos duas temáticas transversais que se apresentam em vários momentos neste trabalho: questões sobre a estética musical e o tema referente à ideia de inclusão/exclusão. Realizamos um enquadramento destas problematizações e nos permitimos dialogar com estas ao longo de todo o capítulo. As descrições e controvérsias me incluem como pesquisadora e profissional.

Em campo: semelhanças-diferenças entre os grupos

Abordamos os grupos brasileiros seguindo as pistas das descrições para fugir de possíveis dicotomias comparativas. Apresentamos rastros das observações dos dois grupos musicais brasileiros. A assiduidade aos ensaios, os critérios de tempo, duração, ordem, processam-se num grupo diferentemente do que no outro. Também agregamos as informações de entrevista com os componentes do grupo musical português.

Disciplina, organização e sistematização encontramos prioritariamente no grupo Harmonia Enlouquece (HE). No grupo Sistema Nervoso Alterado (SNA), outros modos de lidar com isto se observa. Quais forças engendrariam estes *modos operandi*? No SNA, a organização parece fazer passar mais linhas desterritorializantes. Os ensaios, quanto à forma e frequência, traduziram-se em dinâmicas mais instáveis. A presença dos participantes nem era tão assídua e as variabilidades não eram necessariamente tomadas como erros. O nome Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado atribuído como coletivo dissolve uma possível ideia de grupo fechado. Soavam as dinâmicas musicais não propriamente no modelo de ensaio profissional em meio a entradas e saídas dos frequentadores deste coletivo. Entretanto, deste movimento ordenado de modo mais flexível, produzia-se música e ensaio. Mesmo em apresentações não tão formatadas, pode-se fazer shows. Há possibilidades díspares de ordenamento em se tratando da formação de grupos musicais em saúde mental. Em campo, observamos que os dois grupos eram aplaudidos. Consideramos imprescindível pensar que as diferenças são constitutivas dos modos de produção de subjetividades. Não há padrões inerentes nem repetições destes modos.

Os grupos da saúde mental teriam que reproduzir o modo de atuação e funcionamento recorrentes em outros grupos musicais? O SNA apresenta-se de maneira

mais teatral, inclui encenação, além das músicas. Uma produção cênico-musical que deixa escapar as linhas flexíveis. O HE performa-se como um grupo musical mais formatado, como outros que existem no campo da música. As letras do HE⁵⁴ ironizam, provocam, incitam reflexões às questões da saúde mental com arranjos musicalmente rebuscados. O participante do HE aparece mais como músico. A dinâmica do SNA é mais fluida. Os componentes do SNA teatralmente expõem os aspectos da loucura, evidenciando as críticas ao sistema manicomial também nas encenações. Vimos que o compromisso com a criatividade é uma característica do SNA e que burilar com a imagem da “loucura instituída” pode denunciar e enfraquecer conexões segregatórias. Mas esta questão fica em aberto para a observação de cada espectador, pertencente ou não ao campo da saúde mental.

No grupo TPC, o que foi dito na entrevista refere-se a uma expressão musical mais atenta ao bem-estar do que a outros efeitos possíveis. O enfermeiro-músico participante do grupo afirma que eles “preocupam-se mais com o bem-estar do que com a qualidade da música” (Ferreira, entrevista em 20/07/2011). Não foi possível participar dos ensaios para observar e nem há gravações musicais deste grupo.

III. 1- Estética musical: inclusiva?

Neste tópico apresentaremos fragmentos do campo no que tange a questão da estética musical nos grupos pesquisados. Referenciamo-la à problematização de inclusão do usuário de serviço de saúde mental conforme preconizada pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. O termo inclusão, muito utilizado nos discursos antimanicomiais, está relacionado às lutas para modelos e atendimentos mais adequados aos usuários de serviços de saúde mental com a consequente extinção dos manicômios. Vincula-se a ideia de que os usuários podem ser incluídos no convívio social, na sociedade, com benefício para ambos. Abordamos aqui o termo sociedade como traduções que engendram redes de materialidades e socialidades concomitantes. As socialidades não são constructos homogêneos aos quais os usuários tendam a ser inclusos ou não. Escolhemos o termo inclusão por ser recorrente em saúde mental. Utilizamos a inclusão como uma possibilidade de vinculação às redes. Identificamos como efeitos de conexões permitindo que novos *actantes* agenciem-se às redes. Ou

⁵⁴ Disponíveis no site: www.harmoniaenlouquece.com.br.

ainda, *actantes* associando-se para estabilizarem-se nas redes em posições diferenciadas.

Poderíamos inferir que quando um *actante* entra na rede por quaisquer conexões, ele está incluído nesta rede. Ou ainda, quando algumas conexões conquistam uma certa estabilidade por tempo perceptível e visivelmente identificável, podemos afirmar que houve uma inclusão naquela rede específica. A descrição do “cantor de rock”, no capítulo anterior, trata desta nossa prerrogativa. Então, lidamos com o sentido de inclusão social, um dos jargões da Reforma Psiquiátrica, balizados nas associações das redes, concebendo possibilidades de interlocução. Reconhecendo que as conexões deste campo estabilizaram o termo inclusão a ponto de ele ser identificado e considerado relevante, posto que, historicamente, os usuários de saúde mental foram excluídos do convívio com pessoas não portadoras de transtornos graves, e se acreditava que eles eram incapazes de fazer muitas atividades. O vocábulo excluído foi atribuição muito utilizada para referenciá-los. Um dos postulados das lutas antimanicomiais era, e ainda é, acabar com o preconceito, a discriminação, a segregação e o isolamento.

Atentamos aqui para a estética musical como um agenciador nestas associações. Ela serviria para promover a inclusão social, fortalecendo as conexões que ratificam as capacidades de interação afinando-se com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial? A quais conexões ela está associada, visto que em musicoterapia ela não era tão importante como na formação de grupos musicais? A preocupação com estética musical destaca-se, em musicoterapia, a partir deste movimento, ou ainda mais situado. Quando os grupos musicais se apresentam ao público, quais os efeitos mais visíveis e estabilizados: o do preconceito ou o do valor artístico? A criatividade ou a superação? O histórico ou o surpreendente? Este usuário apresenta-se de modo diferenciado do que se presumiria pela lógica manicomial. A que se engendra a estética musical e quais são seus rastros e problematizações?

Pensaremos estas questões com fragmentos do campo, em situações mais imediatas, nas quais os rastros das conexões colocam em xeque os lugares, os saberes, os não-saberes e estabilizações. Estas associações traduzem limiares das áreas profissionais: música, musicoterapia e educação musical.

III. 2- Musicoterapeuta, músico e estética musical

Neste ponto relevamos uma discussão muito pertinente ao campo da musicoterapia. Muitos profissionais, mesmo da área de saúde, e leigos, desconhecem o fazer do musicoterapeuta. Alguns confundem-no com um educador musical ou simplesmente músico. Em musicoterapia, no processo seletivo para ingressar na graduação ou pós-graduação, há avaliação de conhecimento musical. A formação do musicoterapeuta também inclui aprimoramento musical em aspectos teórico-práticos. Ele deverá desenvolver habilidades em variados instrumentos musicais, isto como capacitação para lidar com diferentes afecções nos corpos, comportamentos e relações. O campo da musicoterapia é amplo e abarca várias áreas de atuação, como exemplo os portadores de sofrimentos psíquicos, déficits sensoriais, físicos, área social, empresarial, trabalhos com portadores de DST/AIDS, doenças terminais, uso abusivo de substâncias psicoativas, gestantes dentre outras. A formação de musicoterapeuta permite atendimento a crianças, adolescentes, adultos e idosos. Algumas abordagens são bem afinadas com a psicologia, outras em ressonâncias com os conhecimentos da música, da reabilitação, da medicina etc. Trata-se de uma profissão híbrida (CHAGAS & PEDRO, 2008, p. 61). Entretanto, as metodologias, técnicas e procedimentos musicoterápicos são da especificidade deste campo mais do que de outros. Há diferenciações importantes a serem discutidas sobre as atuações do musicoterapeuta, do educador musical e do músico. Aqui nós as tangenciamos e pensamos as ressonâncias em nosso tema. Para compartilhar, a definição da Federação Mundial de Musicoterapia nos esclarece:

Musicoterapia é a utilização da música e/ou seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva desenvolver potenciais e/ou restabelecer funções do indivíduo para que ele/ela possa alcançar uma melhor integração intra e/ou interpessoal e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, pela prevenção, reabilitação ou tratamento. (Comissão de Prática Clínica, Federação Mundial de Musicoterapia, 1996).

Em conexões amplas, afirmamos que o objetivo do musicoterapeuta é tratar o usuário⁵⁵. Para isto, ele utiliza de recursos sonoro-musicais. A musicoterapeuta Craveiro de Sá nos acrescenta:

De um modo geral, a musicoterapia é concebida como uma aplicação terapêutica de música, porém, é importante ressaltar que, na musicoterapia, música e terapia formam um bloco, não sendo uma ferramenta para a outra. A teoria da musicoterapia não é a da música, seu modo de ouvir não é o da música, sua razão e finalidade não são das mesmas da música. Música e musicoterapia são, portanto, dois domínios diferentes que se cruzam, que se interconectam. (CRAVEIRO DE SÁ, 2003, p. 27-28).

Então a diferença aqui destacada entre o músico e o musicoterapeuta não é o seu conhecimento de música, posto que ambos a utilizam. Também não podemos afirmar que a música não possa ter efeitos terapêuticos. O que ratificamos é que o foco está sobre o *objetivo*. Tratamento e terapêutica fazem parte da formação⁵⁶ do musicoterapeuta que se instrumentaliza utilizando os recursos sonoro-musicais. Isto inclui práticas sonoro-musicais múltiplas. Teoria musical, práticas de conjunto, habilidades específicas de vários instrumentos musicais para atender à demanda do usuário dependendo das necessidades do mesmo. É importante que o musicoterapeuta continuamente aprimore seu conhecimento musical para melhor escutar e intervir. Várias disciplinas na formação⁵⁷ estão direcionadas para o aprimoramento deste saber. A musicoterapeuta e pesquisadora Barcellos⁵⁸(2007)⁵⁹ resume bem a formação em musicoterapia:

⁵⁵ Utilizamos o termo “usuários de serviços de saúde mental”. Este modo de referência é recorrente na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Preferimo-lo aos termos paciente ou cliente, embora estes também sejam utilizados no campo.

⁵⁶ Exerci a função de coordenadora do curso de Graduação em Musicoterapia do Conservatório Brasileiro de Música-Centro Universitário (CBM-CEU) durante o período de 2005 a 2010.

⁵⁷ No Brasil, a formação do musicoterapeuta é viabilizada por graduação e/ou pós-graduação em vários Estados: Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Goiás, Paraná etc. Em Portugal a formação acontece através de pós-graduação (*strictu sensu*). Atualmente só existe um curso no país, em Lisboa. Informações através do site da Associação Portuguesa de Musicoterapia (APMT): <http://www.apmtmusicoterapia.com> e pelo portal da musicoterapia brasileira: <http://www.musicoterapiabrasil.org>.

⁵⁸ Lia Rejane Mendes Barcellos foi coordenadora do curso de bacharelado em Musicoterapia por treze anos, e é coordenadora do curso de Especialização (*lato sensu*) desde sua criação. Ambos do CBM-CEU, Rio de Janeiro.

⁵⁹ Palestra proferida em mesa redonda no Fórum sobre o tema “Interfaces entre Musicoterapia e Educação Musical”. Título: Interface entre a Musicoterapia e Educação Musical: semelhanças e diferenças. UNIRIO, 04 de maio de 2007. Ainda não publicado.

Para dar conta desta ampla gama de possibilidades de atendimento nós temos que ter estudos em disciplinas da área médica como: anatomofisiologia, neurologia, psicopatologia e psiquiatria, e medicina de reabilitação. Os estudos de algumas psicologias também fazem parte da nossa formação, já que estamos trabalhando com seres humanos e, evidentemente, disciplinas que venham a desenvolver ao máximo o nosso desempenho musical, a nossa percepção do outro e a percepção musical, enfim, o que nos ajude a produzir musicalmente, para poder interagir musicalmente com o nosso paciente ou intervir, quando considerarmos necessário, ou “escutar” todas as manifestações do nosso paciente, inclusive, e principalmente, as sonoro/musicais (p.2).

Não pretendemos esgotar aqui a discussão das semelhanças e diferenças entre a educação musical e a musicoterapia, mas algumas conexões nos interessam. Quando a estética musical entra no cenário das práticas musicoterápicas em saúde mental, por motivo da formação dos grupos musicais, insere-se uma outra perspectiva. A musicoterapia aí passa a se preocupar com articulações não previstas anteriormente. Os grupos musicais em questão se esmeram para apresentarem um espetáculo musicalmente belo. Isto inclui ensaios em que há adequações às regras compartilhadas de estética musical. O musicoterapeuta e/ou músico destes coletivos possui conhecimento musical em sua formação.

Sidney Dantas nos acrescenta sobre um fazer do musicoterapeuta na formação dos grupos musicais. “O papel do musicoterapeuta nesse momento é o de criar condições favoráveis para um desenvolvimento gradativo da musicalidade visando solucionar as dificuldades técnicas da expressão musical e concomitante bem estar do sujeito”. (DANTAS, 2008, 181).

Uma ruptura, um desvio, uma mobilidade acontece neste objetivo estritamente terapêutico, ou a estética musical começa a ser vista como terapêutica? Ou ainda, a estética musical pode ter função terapêutica? Por que não? Algumas descrições do campo mostram a preocupação na qualidade do produto musical a ser apresentado nos shows. Em ensaio do SNA, ao se prepararem para uma apresentação no teatro Ipanema no Rio de Janeiro, Guilherme Milagres volta-se para um usuário cantor e diz: “Se for pro palco tem que fazer legal” (Diário de campo, 25/09/2009), refere-se ao cantor que desafinara em uma música, e complementa: “só se vocês quiserem, eu tô fora”. Ele acrescenta: “Não devem dar nota longa porque tem problema de afinação”. (Diário de campo, 25/09/2009). No mesmo ensaio, o “cantor de rock” gritava durante uma música e foi elogiado por uma mulher que fazia um vocal. Guilherme Milagres incentiva: “Ele

pode fazer um solo”. Em seguida, ensaiando a música “Afoxé”⁶⁰, Guilherme Milagres dá forma mais curta à melodia e propõe a todos cantarem-na. Na sequência, o percussionista e ex-estagiário tenta ensinar a batida da música ao usuário percussionista, enquanto Guilherme Milagres fala para outro cantor “secar” mais a nota. Percebemos que o modo de intervenção do músico Guilherme Milagres não é uma linguagem técnica musical, mas um vocabulário compreensível por qualquer pessoa. O incentivo ao cantor de rock nos pareceu importante, posto que era de acolhimento sua postura e mais interessante foi o elogio de outra usuária vocalista. Estas interações nos ensaios demonstram que havia ali um compartilhar de aprendizagem também. O grupo estava interessado em agradar ao público durante a apresentação, o que é recorrente ao que se pretende em termos artísticos. Barcellos ao escrever sobre as diferenças entre educador musical e musicoterapeuta acrescenta:

Existem diferenças marcantes que vêm ‘atreladas’ aos objetivos de cada um dos profissionais e estes objetivos dependem de com quem se vai trabalhar: se com um aluno ou com um paciente. E aqui, a primeira discussão seria se a música em musicoterapia é utilizada de uma forma “artística” [...]. A música não é a nossa preocupação primeira e sim, ‘como’ posso dela me valer para ajudar no desenvolvimento desse paciente [...] aqui seria um meio para se chegar a um fim. Isto significa que a estética não é a nossa primeira preocupação, mas, também é importante se pensar que não devemos nos esquecer de que o desenvolvimento estético de um paciente, por pequeno que seja, pode apontar para um desenvolvimento, sem nenhuma dúvida. Vejo essa questão de forma diferente na educação musical onde eu tenho por objetivo “musicalizar” um aluno, ou seja, levar um aluno a aprender música (2007, p. 4).

A controvérsia começa a ganhar consistência quando observamos algumas conexões interessantes. A intervenção supracitada foi feita por músico na função de ensaiar o grupo. Nesta situação, não se trata de alunos. Ele não estava exatamente ensinando música, mas melhorando a questão da afinação para uma apresentação ao público. Mas o usuário não é seu paciente. É um compartilhar, um conviver. Tanto que um outro profissional, sem formação musical, ensina o usuário uma batida percussiva. Conexões de aprendizagem. Entretanto, isto não estabiliza o lugar de professor de música e alunos e também não estabiliza este lugar como o de terapeuta. Há um outro lugar aí. Um lugar indefinido sob o ponto de vista destes outros dois lugares, mas nem por isto ele deixa de participar, existir e intervir. Um efeito destas produções musicais

⁶⁰ Música muito ensaiada e presente em várias apresentações do SNA.

em saúde mental. Percebemos rastros de estética musical compartilhada, pelo viés da qual *actantes* interagem na rede. Em musicoterapia, é importante atentar para o desenvolvimento estético do usuário. Estamos lidando com a produção estética musical que abrange o usuário, o interesse em uma bela apresentação e o pertencimento aos códigos compartilhados de estética musical. Percebemos isto como indícios de conexões que integram os usuários em regras comuns a quaisquer grupos musicais, estejam estes vinculados ou não a estigmas da saúde mental. Em outro momento deste ensaio, Guilherme Milagres afirma: “O grupo se propõe a fazer direito” (Diário de campo, 25/09/2009), referindo-se ao produto musical que querem apresentar no show.

Em apresentação no Teatro Ipanema, em evento chamado Cinema na Praça, assisto a apresentação do grupo SNA (Diário de campo, 29/09/2009). O grupo apresenta conteúdos cênicos. Apresentação performática do cantor, com presença de palco. Percebo que os instrumentos harmônicos e melódicos são tocados por profissionais e que um usuário toca o percussivo. Um usuário-vocalista erra a letra da música ao cantá-la e observo que o Guilherme Milagres o olha seriamente. Busquei este fragmento do campo para problematizar que não estamos lidando com *setting* terapêutico neste exemplo. O músico estava ali no palco e fez a intervenção gestual-expressiva pertinente. Embora o viés terapêutico estivesse ali presente, ele se manteve em sua posição de músico, o que foi ratificado em outras observações no campo. O usuário continuou sua apresentação. Um outro usuário, cantor já estabilizado no grupo, cantava rock com uma dicção própria de roqueiro: quase ininteligível. Algo recorrente do lugar de vocalista encontrado em vários grupos de rock mundialmente conhecidos.

Em outro show do SNA, no Centro Cultural Justiça Federal, no Rio de Janeiro, anotei no diário de campo que “a apresentação do SNA foi bastante dinâmica. A encenação durante o espetáculo foi contagiante” (15/12/2009). Isto porque este grupo também ensaia e valoriza a parte cênica do show. A questão da estética do show se une à visibilidade. Será que os grupos musicais aqui pesquisados seriam mostrados nas mídias se não apresentassem show esteticamente organizado? Pensamos que se assim o fizessem, atrairiam mais a questão da inadequação para a convivência, o que incorreria no problema da discriminação e preconceito que historicamente eles experienciaram, ou suscitariam pena e comoção, o que para eles seria um sentimento dispensável (SIQUEIRA-SILVA, 2007). Estamos conectando aqui aspectos relativos à estética musical e visibilidade, associados à inclusão social, este velho jargão da Reforma Psiquiátrica.

Ao entrevistar Guilherme Milagres (30/04/2010), ele me disse “Algumas letras são melhores do que muitas porcarias que tem por aí”. Durante esta entrevista, percebo que Guilherme Milagres não identifica os participantes como portadores de esquizofrenia. Muitos participantes deste grupo tiveram este transtorno em seus diagnósticos. Ele disse: “Esquizofrênico é fechado” (30/04/2010). Nesta entrevista, identifiquei rastros de que Guilherme ocupa o lugar de músico engajado na defesa daquele produto que compartilha. Alheio aos jargões da saúde mental, ignora o que é geralmente referenciado aos usuários: serem vistos como pacientes rotulados em seus diagnósticos, muitas vezes equivocados e limitantes. Ele se configura como um músico num lugar musical produzindo algo além da música com pessoas além de expectativas previstas. Acrescenta convicto: “Todo o trabalho é feito em grupo, agregando pessoas. Todo mundo participando, no coletivo, que é importante. Contribui à musicoterapia: o resultado, o coletivo, mistura teatro, música e audiovisual, cênica, poética”. (Entrevista em 30/04/2010). Guilherme localiza-se num lugar compartilhado. O seu saber musical contribui ao grupo. O seu não-saber diagnóstico, também. Em outro momento da entrevista, ele se mostra visivelmente orgulhoso de ter se apresentado em palcos famosos do Rio de Janeiro. Muitos músicos realmente assim o desejaram. “[...] recebemos um prêmio do Ministério da Cultura: Loucos pela Diversidade. Só falta vir o dinheiro (rsrs)”. (Entrevista em 30/04/2010). Nesta entrevista Guilherme Milagres comentou sobre a entrada efetiva de dois participantes dos ensaios que ainda não tinham sido incluídos nas apresentações, disse: “O Alberto (o cantor de rock) estreou quarta-feira cantando. E o José⁶¹ também estreou tocando tam-tam. Acho que o importante é as pessoas se tratarem melhor. Não é exatamente um tratamento” (entrevista em 30/04/10). Ele expressa uma simples e inclusiva concepção; a melhoria do tratamento entre as pessoas é uma das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica. Em sua função de músico, Guilherme Milagres conecta-se com o campo da saúde mental sem repetir os pressupostos, mas experimenta ali algo diferente, participa da visibilidade e esteticamente contribui com os efeitos de sua formação musical. Sobre as funções de educador musical e musicoterapeuta, Barcellos escreve:

Com relação ao profissional, eu tive a oportunidade de vivenciar a diferença que existe na identidade de cada um dos dois profissionais e a dificuldade que é ora se “vestir” a identidade de professor, ora atuar com uma identidade de terapeuta. A principal diferença estaria, para

⁶¹ Nomes fictícios de usuários.

mim, na atitude dos dois profissionais que é bastante distinta. Tenho tido a oportunidade de observar isso na supervisão de pessoas que são professores de educação musical e vão fazer uma formação em musicoterapia. Há uma grande dificuldade em “abandonar” a atitude de professor de música. (2007, p. 4).

A preocupação com a estética musical é característica observada como um dos efeitos destas produções musicais em saúde mental. Cabe lembrar que nem todas as práticas musicoterápicas em saúde mental atentam para estes códigos, no sentido de reconhecê-los como terapeuticamente importantes.

Para exemplificar a diferença que se observa no campo musicoterápico entre musicoterapia e música para shows, relato que durante o estágio doutoral em Coimbra, contatei algumas associações de musicoterapia da Europa. Em e-mail resumi minha pesquisa e perguntei se havia nestes países algum grupo em saúde mental que se apresentasse com as características dos grupos do Brasil em termos de visibilidade e geração de renda. Algumas associações retornaram e fizeram referência à orquestra, ou grupo de teatro, ou grupo com deficientes. Uma resposta sucinta de um dos participantes da associação belga me chamou a atenção. Ele diferenciava categoricamente o tratamento musicoterápico de apresentações musicais. Ou seja, ele afirmou que as duas proposições não seriam compatíveis. Este modo de pensar também existe aqui no Brasil. Há profissionais que não concebem a existência de grupos de saúde mental se apresentando musicalmente em redes midiáticas, com geração de renda e preocupação estética. Eles acreditam que a música deveria ser usada somente nos *settings* musicoterápicos tradicionais. O que a pesquisa de campo nos apresenta é um cenário mais heterogêneo e complexo. E aí se clarifica uma problemática, a de que outras práticas estão se configurando, não que eliminem as demais, mas os efeitos da formação destes grupos nos mostra que é possível conectar estética musical, visibilidade, geração de renda e efeitos terapêuticos. Os lugares também se flexibilizam com isto. Barcellos fala do *setting* tradicional musicoterápico como uma prática com “atenção” à produção estética. A estética musical nestas formações de grupos parece-nos ter conectado mais *actantes* do que o previsto.

E aqui se abre um ponto interessante que se refere à estética. Na Educação Musical eu diria que existe uma preocupação com a estética e na musicoterapia eu poderia dizer que existe um “estado de atenção à estética”, isto é, o musicoterapeuta deve estar atento ao que acontece

com relação a este aspecto porque uma mudança estética na produção musical do paciente pode significar uma mudança interna. (BARCELLOS, 2007, p. 4).

A importância referente à estética musical pode ser evidenciada por esta fala de Lula Wanderley, do SNA: “Eu dou muita ênfase aos criadores [cita o nome de um usuário], aqueles que fazem composições ou desenvolvem execução de instrumentos mais elaborada. O grupo é para aproveitar estes talentos. Organiza-se em torno desses criadores” (entrevista em 03/05/2010). Como nos acrescenta a musicista Piedade Carvalho, “a criação é sempre uma proposta a uma vida melhor, ela denuncia o desgosto para transmutá-lo em alegria” (CARVALHO *apud* DANTAS, 2008, p. 175).

Em momento posterior, ele afirma: “Eu acho que os grupos existentes são extremamente originais. De complexidade expressiva surpreendente” (entrevista em 03/05/2010). Cabe lembrar que Lula Wanderley é um reconhecido artista plástico além de psiquiatra e coordenador do EAT.

Outro profissional integrante do SNA, o Daniel Souza, contribui para nossa discussão e traz uma narrativa sobre um dos usuários compositores do grupo. Ele é o responsável pela parte cênica das apresentações.

“Nas oficinas a gente experimenta e o que se vê que tem potência artística forte, insere no espetáculo. Em questões estéticas não existe muita democracia. Vence o que for melhor. Mas sob o julgamento de quem, né!? Não se inclui a música porque é importante para o paciente. Vai estimular o paciente a transformar a sua produção, potencializar para fazer algo melhor para entrar no repertório. [Relata o caso]: Ele trazia uns funks muito ruins. Só que a gente percebia que estar no grupo era muito importante para ele. O irmão dele tinha morrido e era cantor de funk. Para ele era importante estar ali no coletivo, que antes ele estava isolado. Lula e Guilherme estimularam ele a criar: ‘- Já pensou em cantar algo que não seja funk?’. Ele começou a trazer composições belíssimas. É um dos compositores do SNA. A estética conta muito. A gente não vai colocar no roteiro do espetáculo o usuário só porque vai ser bom para o projeto terapêutico dele”. (Daniel Souza, entrevista em 21/05/2010).

Destacamos desta fala do artista cênico entrevistado um enfoque na estética, ao ponto de situar a valoração desta, em que se aproveita o talento do usuário, incentivando-o em suas composições, através de uma intervenção muito clara. Houve um desvio e assim pode-se relevar o trabalho musical, num processo de acolhimento e

inclusão. Ao mesmo tempo, incluir um usuário esteticamente desorganizado numa apresentação, não deixa de ser uma exposição desnecessária. Fariam isto com qualquer artista ou músico? Haveria então uma conexão pressuposta com o público que assiste e um compromisso com a estética. Isto é recorrente a quaisquer grupos musicais. Por que seria diferente com estas formações grupais? Se assim o fosse, estar-se-ia incorrendo num preconceito às avessas. O que não é de todo impossível no campo da saúde mental. Isto porque definir o que é melhor para o usuário sem consultá-lo é o mesmo que dizer que ele não tem voz. Na descrição acima havia um potencial artístico que poderia ser inserido compondo o cenário desta rede. A estética talvez não seja democrática, mas poderia ser inclusiva? Daniel Souza, ainda nesta entrevista, critica a tentativa de retirada do viés estético em apresentações de usuários, como ratificadoras do preconceito. Ele aponta:

“Existem grupos em que se aplaude a doença. Qualquer coisa que o maluco faz, aplaude-se. O grupo tem essa filosofia: o projeto é que se tenha qualidade muito profissional mesmo. Comentários: ‘Como tocam bem, como são profissionais’. Ninguém chegou dizendo: ‘Olha os maluquinhos’”. (Entrevista em 21/05/2010).

Embora Daniel Souza não tenha uma formação terapêutica, ele também critica as proposições que fortalecem os estigmas e prima por qualidade estética, ocupando seu lugar de artista. A arte também contribui neste processo. Ele complementa:

“Estar no SNA me dá uma realização como artista mesmo. Viajar, estar em contato com as pessoas sensíveis demais e aprender com eles. Sensível para entender o momento, os limites e as potencialidades. E como artista também é poder mostrar o trabalho. Tem uma função artística de estar ali [...]. Eu uso a arte não como terapia. Eu uso a arte pela arte. Faço um jornal aqui [entrevista foi feita no CAPS Raul Seixas], eu só lanço o jornal quando está bem feito”. (Entrevista em 21/05/2010).

Estética musical no grupo Harmonia Enlouquece

Neste grupo a questão do esmero da estética musical é claramente identificável. Cabe ressaltar que neste eu não acompanhei a oficina “Convivendo com a Música” na qual livremente se canta e toca músicas não autorais e também se improvisa. No HE, só acompanhei ensaios e apresentações. Nas oficinas que não se constituem como ensaios,

o repertório é trazido ao momento e a escolha das músicas é totalmente aleatória. Não há preocupação com repertório para show, e a exigência estética não se aplica, e, quando isto acontece, geralmente é feito com humor.

Em musicoterapia, existem técnicas que abarcam experiências musicais chamadas de Re-criação: músicas da escolha do usuário são cantadas e tocadas, a cada vez, de um modo singular, diferente do intérprete oficial da música. Parte-se do pressuposto que quando se canta ou toca uma música, cria-se, inventa-se um modo diferenciado de abordá-la. Por isto estas técnicas são chamadas de Re-criação (BRUSCIA, 2000, p. 126). Antes do início da formação de alguns destes grupos musicais havia oficinas em que esta técnica era prioritária, posteriormente foram surgindo as composições. No HE, a oficina “Convivendo com a Música” aconteceu de modo diferente: “Em nossa prática, utilizamos preferencialmente os métodos de improvisação e composição musical” (DANTAS, 2008, p. 175). Sidney Dantas, além de musicoterapeuta, tem formação musical acadêmica e se constituiu desde o início como o diretor musical do grupo. Nos ensaios, ele era a pessoa que intervinha quanto à qualidade estética, sempre atento a estas questões. Talento músico, também contribuía com seus solos e interpretações em instrumentos de corda. Os outros componentes o respeitavam e acatavam as suas sugestões musicais esteticamente organizadoras. Eu, como musicista, identificava, já nos ensaios, uma preocupação com a qualidade estética. Descrevi durante um ensaio a seguinte observação:

Um homem que estava na plateia [eles ensaiam num palco] sobe ao palco e toca a tubadora que neste dia não estava sendo tocada por nenhum componente. Sidney Dantas se aproxima do homem, fala algo para ele e faz sinal mostrando a percussionista ao lado. Ele retorna a plateia e se senta [...] um usuário músico do grupo diz que ele é um grande músico. Kiko [Francisco Sayão] fala que ele deve ser um grande músico porque já entrou bem. (Diário de campo, 25/09/2009).

Nesta situação evidencia-se um rastro de que o fato do visitante ser músico e tocar bem não estabilizava as conexões de manutenção dele no ensaio da banda. Ele não ocupava aquele lugar, mesmo sendo um bom músico. Era necessário mais do que isto para ser incluído no grupo. Ainda neste ensaio, após repetirem um trecho de uma das músicas autorais,

Sidney intervém dizendo que quando não tem certeza da nota, é melhor não fazer. O usuário músico aceita e promete cantar junto com o *backing*. Sidney Dantas explica que sobe a tensão no semitom.

Acrescenta que em Schoenberg⁶² pode tudo. Disse que no HE tem que combinar. [...] Sidney diz ao final de uma música ensaiada que a nota dada por um dos músicos estava digna de Schoenberg. (Diário de campo, 25/09/2009).

Nesta fala há rastros de que os usuários não deveriam tocar utilizando harmonia musical que não fosse a recorrente. Eles teriam que ensaiar para tocar melhor, evidenciando que a música por eles tocada deveria seguir padrões estéticos mais compartilhados para melhor aceitação do público em geral e acolhimento à proposta de inserção. Isto ratificaria que a estética musical mais frequentemente previsível serviria a um melhor acolhimento da musicalidade produzida por eles.

O que nos interessa aqui, como a metodologia nos aponta, é observar aquilo que, de certa maneira, interpõe uma dissonância à melodia. Uma conexão que desvia o curso, ou aponta uma falha, que abre outras possibilidades de conexões, de respostas. A intervenção deste usuário, quanto ao padrão estético, provocou uma escuta de que se poderia fazer de outro modo. Seria esta estética musical algo a ser também discutido? Entraríamos, seguindo este rastro, em outras redes, as que problematizam regras e leis da estética musical. Mas aqui nos contentamos em verificar apenas os seus efeitos sobre questões de inclusão-exclusão, visibilidade e geração de renda. Basta-nos por ora sugerir que pesquisas posteriores possam se deter a este tema, entrando nas redes de conhecimentos musicais, aprofundando-se nas conexões que discutem outras viabilidades.

Sobre a nota digna de Schoenberg, a democracia estaria sendo evocada à estética musical? Consideramos interessante pensar em outras conexões que possam abrir possibilidades de contrapor, de dissonar, de apresentar outras saídas. Esta especificamente nos remeteu a refletir o quão diferentes são as possibilidades de conexões em quaisquer coletivos. Um dos efeitos sobre nós, pensamos: como se estabilizariam estas conexões coletivas se a música fosse ousada como as de Schoenberg? Reconhecemos que para esta possibilidade, muitas outras conexões, redes, interesses e *actantes* teriam que ser mobilizados. Há ainda o risco do ridículo. Para desconstruir o estigma é necessário entrar nos padrões estéticos. Uma afirmação da capacidade de produção semelhante a qualquer grupo com produções musicalmente belas.

⁶² Schoenberg foi um compositor austríaco de música erudita que, partindo da música atonal, criou o dodecafonismo, um dos mais revolucionários e influentes estilos de composição do século XX. Informações em: <http://www.demac.ufu.br/semanadamusica/Textos/Texto07.pdf>. Acesso em 30 jun 2012.

A beleza estética parece aqui uma bandeira, uma ferramenta para a inclusão. Os usuários sempre me disseram (SIQUEIRA-SILVA, 2007) que não queriam se apresentar caso não estivessem tocando bem. Era uma exigência deles. Penso que eles devam ser escutados assim como em todas as outras situações referentes a eles. Mas no exemplo acima, o que se evidencia é uma conexão que envolve a abertura de um espectro de possibilidades. A organização estética é necessária, mas ela não elimina outras situações que por ora não foram escolhidas, conectadas, que ainda não encontraram estabilidades visíveis.

Durante os ensaios, Sidney Dantas esclarece sobre arranjos vocais, fala sobre tonalidades, sugere prolongar sons, demonstra conhecimento e manejo das situações promovendo ajustes necessários à execução refinada das músicas. Num destes ensaios, eles cantavam e tocavam um rock e aconteceu uma fala interessante:

Sidney Dantas lembra a um músico do grupo que é dó com sétima ao invés de dó. Sidney pega o violão do usuário e o ensina a base do violão. Explica com detalhes que em rock é usado acorde perfeito maior e a sétima nota. Por isto a escolha de um e não do outro. Sidney Dantas mostra acordes complicados e diz que isto não é característica da música, o usuário brinca: “O Sidney quer internar meus dedos”, referindo-se a não conseguir. Sidney fala que em rock (a música), os acordes são mais simples e ajeita os dedos do usuário no acorde e ele consegue tocar. (Diário de campo, 09/11/2009).

Este rastro de conexão evidencia que a intervenção musical ampliou a possibilidade do usuário em tocar. O que seria internar os dedos? O usuário verbalizou com as conexões do cenário da saúde mental. Se isto ocorresse numa sala de aula com um professor de música, o comentário se configuraria de outra maneira. Identificamos efeitos de uma relação situada, na qual ensinar toma uma diferenciação menos de educar e mais de interagir, compartilhar. Embora exista o ensino musical, este não se evidencia como a premissa, mas um efeito das associações dos *actantes* desta rede. Aqui o professor, o musicoterapeuta, o músico, o companheiro de banda estão concomitantes. Um profissional de saúde mental é quem pode internar, um professor não. Esta brincadeira do usuário ironiza a ação, mas aceita o ensino. A estética apresenta-se estável nesta interação localizada.

Uma das características mais marcantes da harmonia contemporânea é a dissonância. Concordar sempre em saúde mental não soa bem. É necessário atentar para

as diferenciações, tanto musicais quanto em quaisquer outras circunstâncias. Consideramos que a estabilidade do lugar de diretor musical se constitui em algo negociável, com mobilidade. Em entrevista com Sidney Dantas, ele comenta:

“As relações de verticalizadas se tornam horizontalizadas. Eu não sou terapeuta de nenhum deles, nem eu nem Kiko, a rigor, mas a gente está o tempo todo com eles, algumas intervenções acontecem. Quebra a relação de poder. Por outro lado, tem hierarquias, eu como condutor do grupo, eu vou dando o que eu acho que pode contribuir, eles falam também”. (Entrevista em 16/11/2009).

Flexibilizar o lugar de poder na área de saúde mental é um importante instrumento para a lida com os usuários. O histórico de segregação e a pouca valorização e escuta de sua voz, deixou marcas que até em tempos atuais podemos verificar nas instituições psiquiátricas. Não ser o terapeuta de referência do participante do grupo musical também já ocorreu em outro grupo (SIQUEIRA-SILVA, 2007). A relação que se estabelece com o usuário é muito próxima, é um convívio intenso nas viagens e apresentações. Passamos a conhecer mais sobre a vida do usuário, e este da nossa, enquanto pessoa e profissional (SIQUEIRA-SILVA, 2007). A mobilidade das funções instituídas de poderes nos parece importante na produção dos grupos musicais e assim acreditamos que o seria em todas as relações com estes usuários. Se a escuta e participação estiverem balizadas no poder instituído, estaremos trabalhando como tijolos dos muros manicomial. É necessário ouvir e compartilhar saberes e não-saberes.

Ainda nesta entrevista, Sidney Dantas é categórico quanto à estética musical:

“A estética é uma exigência. É uma evolução como organização do sujeito no sentido do que ele pode fazer. A estética demonstra que está havendo evolução pessoal, e do grupo. Estética não é um fator... existem dificuldades técnicas...o único músico formado sou eu e agora o baixista. Eu tenho que ir até onde os músicos vão, sempre forçando para ir além musicalmente. Quero explorar esta estética até onde ela pode dar. Esteticamente avançou muito”. (Entrevista em 16/11/2009).

Sidney Dantas refere-se a um aspecto desenvolvimentista, fala de uma evolução. Isto procede quando tratamos de estética musical. Um músico pode observar isto convivendo em qualquer coletivo musical.

Alguns teóricos da musicoterapia identificam que uma “evolução” estética do usuário (cliente ou paciente) pode estar conectada a uma melhora quanto aos objetivos

terapêuticos. Bruscia afirma: “Quando a terapia envolve fazer música, é geralmente através da qualidade e da beleza da música feita pelo cliente que se pode ‘ouvir’ seu crescimento terapêutico” (2000, p. 102). E, falando das contribuições do musicoterapeuta Paul Nordoff, acrescenta que “quanto melhor a música, melhor será a resposta do cliente e mais clinicamente efetiva será a musicoterapia” (BRUSCIA, 2000, p. 103).

Para o musicoterapeuta Renato Sampaio

o fazer musical possibilita [...] o desenvolvimento de mecanismos de ajustamento do cliente, bem como o desenvolvimento de suas potências [...]. E acrescenta ainda que: a partir do desenvolvimento da relação terapêutica e do desenvolvimento das habilidades musicais e competências musicais do cliente, há um aumento da complexidade do fazer musical [...]. Isto revela que, por vezes, na prática musicoterapêutica a experiência musical adquire aspectos artísticos (2006, p. 1).

Sobre o viés “desenvolvimentista” acrescentamos que, observadas as práticas terapêuticas, este modo de atuação se torna recorrente. Ao usuário são relegados objetivos em seu tratamento e são conectadas técnicas, métodos, procedimentos e afetos para atingir as metas propostas inicialmente. Esta é uma das reconhecidas funções dos terapeutas.

III.2.1- A estética musical na musicoterapia

Antes da formação dos grupos musicais, as práticas musicoterápicas se mantiveram com objetivos vinculados ao aspecto terapêutico com diferenciações das práticas musicais e educativas. Contudo, o conhecimento comum à música as ligava. A identidade profissional era uma estabilização pleiteada pelos musicoterapeutas. A necessidade de distinguir a musicoterapia de outras profissões agenciavam limites bem demarcados entre estes fazeres. “Aigen considera que não estabelecer condições generalizadas para o belo, é fundamental para os musicoterapeutas que consideram a sua relevância clínica” (*apud* JACINTO, 2010, p.17).

A estética musical, antes referenciada ao educador musical e ao músico, encontra na musicoterapia outras conexões que consideramos pertinentes. Ao entrar nas redes das formações dos grupos musicais, identificamos rastros dos efeitos desta importância.

A estética musical tramita pelo conhecimento da música e da educação musical. A partir do conhecimento localizado das formações de grupos musicais, ela também se associa às produções e práticas musicoterápicas.

Identificamos que em musicoterapia a estética musical foi pouco discutida, o que não a desconectou da rede, tanto que esta é visibilizada em outras problematizações.

No Brasil, a musicoterapia inicia-se no caldeirão das práticas musicais em educação especial, com influências de artes cênicas, visuais, filosofia, medicina, psicologia etc. Autores mais recentes identificam a situação híbrida de formação e estabilização da profissão de musicoterapeuta no cenário contemporâneo (CHAGAS & PEDRO, 2008, p. 64). Alguns tratam da estética musical como parte do processo musicoterápico, outros credenciam o trabalho terapêutico dissociando a estética deste cenário.

Embora a beleza musical tenha sido abordada por autores como Thayer Gaston, em 1968, e Carolyn Kenny, em 1987, a partir do conceito de estética, Aigen (2007) evidencia que apesar de sua grande relevância em nossas práticas, ela nunca é citada como um fator clínico. (JACINTO, 2010, p. 10).

Cabe ressaltar que o termo *nunca* não se aplica por se tratar de uma totalidade, mas diríamos que a estética musical foi pouco explorada pelas publicações musicoterápicas, exigindo busca considerável para agregá-la nesta discussão.

Uma publicação (BRUSCIA, 2000) nos chama a atenção por trazer afirmações que ora afirmam a estética musical como um dispositivo terapêutico, ora a negam; negligenciando esta possível contribuição. Pensamos que a necessidade de ratificar o aspecto terapêutico da musicoterapia incumbiu-a de excluir a estética. Consideramos isto relevante já que se a musicoterapia se calcasse inicialmente em estética musical, o trabalho deste profissional seria ensaiar pacientes para apresentações. Lembramos que os grupos musicais em que participamos como profissional e pesquisadora não iniciaram com objetivos de ensaiar para shows, isto foi um efeito das produções, uma deriva. Concordamos que não teria sentido que a função do musicoterapeuta fosse relegada estritamente a ensaiar usuários para apresentações musicais. Isto o músico faria. O musicoterapeuta volta-se para os objetivos terapêuticos evidentemente. Entretanto, o desvio surge quando a apresentação musical esteticamente organizada, a

geração de renda e a visibilidade passam a compor a cena terapêutica. Isto passa a entrar nas redes com efeitos terapêuticos para os participantes.

A estética musical como inclusiva em saúde mental é a nossa questão. Mas a estética musical incluída nas práticas musicoterápicas é por nós considerada aqui como uma outra inclusão ou uma sobreinclusão. Visto que, em campo, estas práticas musicais exercidas em sua maioria por musicoterapeutas, já trabalham com a perspectiva da estética musical como uma ferramenta. Poderíamos inferir que em algumas práticas musicoterápicas em saúde mental a estética musical está sendo considerada como ferramenta de trabalho com efeitos terapêuticos. Isto não quer dizer que todos os musicoterapeutas nesta área tenham que trabalhar deste modo. Surge então outra questão associada: as práticas vistas nos ensaios, com esmero estético e as materialidades advindas, tais como CDS, clipes e shows, devem ser consideradas práticas musicais ou musicoterápicas? Em outros termos: o que o musicoterapeuta produz neste cenário poderia ser considerado musicoterapia? Para nós, a musicoterapia se amplia com estas práticas. As redes agregaram-se a modos diferenciados de atuação, inventaram outros modos para acontecer.

A música seria terapêutica sem que houvesse um musicoterapeuta para lidar com as questões do seu fazer profissional? Pensamos que as redes que agregam a música, o musicoterapeuta, o cenário terapêutico e também a questão da estética musical podem ser consideradas musicoterapia. Junta-se a isto a ideia de inclusão social. Estes grupos produzem e promovem visibilidade, aceitação, acolhimento, respeito, admiração, reflexões sobre os modos de pensar e atuar socialmente, e também, mensagens e questões das letras musicais. Eles relevam suas capacidades para o grande público que as desconhecia pelo isolamento histórico. Mostram-lhe, e a nós, um viés revolucionário nestas práticas, transgressoras das imposições dos estigmas e segregações. Estas produções musicais evidenciam que os usuários são capazes de conviver, de pensar, de compartilhar e de contribuir para os modos de funcionamento da “convivência social”. Eles estão e sempre estiveram fazendo parte desta, mas as práticas manicomiais abafavam suas vozes que agora também podem ser ouvidas por espectadores de novelas, em CDs, clipes, sites, em programas de TV, filmes etc. Eles estão aí atuantes, ensinando, questionando, problematizando e falando também de suas dores, sofrimentos e esperanças. Compondo suas vidas em poesias, cênicas, interagindo e ocupando palcos, casas de shows, outros lugares, fora e longe das clínicas psiquiátricas e das lógicas manicomiais. Agenciando interesses que os relevam como pessoas talentosas que são,

em seus fazeres artísticos. Entretanto, remontamos outra questão: identificar estas práticas como musicoterápicas não os situa ainda como pacientes? Não seria mais libertador considerar estas práticas como estritamente musico-artísticas? Para tanto, pensamos que, com isto, desconsideraríamos todo o trabalho desenvolvido pelos musicoterapeutas até então. Os grupos Mágicos do Som, Cancioneiros do IPUB, Harmonia Enlouquece, Sistema Nervoso Alterado, Os Impacientes e outros deste movimento tiveram um musicoterapeuta nestas construções. O SNA atualmente tem um músico, mas já teve um musicoterapeuta no início da criação de oficinas que inspirou o trabalho musical antes voltado para as artes visuais e cênicas.

Cabe destacar que ao encarar o trabalho musicoterápico como pertinente a estas produções, não estamos fortalecendo à localização de usuários, restringindo-os à saúde mental. Acreditamos que eles podem e devem ocupar o lugar de músicos, que o são. Contudo, o que reiteramos aqui é a importância de reconhecer o trabalho musicoterápico desenvolvido nestas produções. Não podemos considerar isto uma casualidade. Entendemos estas formações de grupos também como um efeito das práticas musicoterápicas em saúde mental. Identificamos a contribuição da categoria profissional de musicoterapeuta nestas construções. Lembrando que todo musicoterapeuta tem que ser músico, e quanto mais músico, melhor para o seu fazer como musicoterapeuta.

Cabe ressaltar que o HE, o mais esmerado em termos de estética musical, tem um musicoterapeuta e músico como diretor musical, função visível nos ensaios dos quais participei. Há que se ter musicoterapeutas musicalmente capacitados para estas produções que incluam a estética musical, mas que também esteja atento para as questões terapêuticas. Não podemos nos esquecer de que os usuários que fazem parte destes grupos tem percursos dentro das esferas manicomiais e estão em tratamento. Precisando, portanto, de profissional que tenha olhar terapêutico e experiência para lidar com situações da área terapêutica.

Consideramos importante a presença e atuação de musicoterapeutas nestes espaços. Eu já ocupei este lugar na produção do “Mágicos do Som” (2007) e pude experimentar em apresentações, viagens, ensaios e reportagens nas mídias, situações em que foi imprescindível o olhar, intervenção, relação e acolhimento terapêutico, o que a formação de musicoterapeuta oferece. Entendemos que o conhecimento específico e híbrido da musicoterapia (CHAGAS & PEDRO, 2008), ao mesmo tempo localiza uma capacitação para a função de compor e atuar nestes grupos musicais. Compreendemos

também que um músico possa fazê-lo, mas identificamos que a formação do músico não prevê a questão terapêutica tanto quanto a de musicoterapeuta.

Muitas vezes a conceituação teórica em Musicoterapia é bastante musical, outras psicológica, outras médica, ou educacional. Para dar conta de sua prática clínica, o musicoterapeuta se vê obrigado a buscar nas redes que articulam ideias, pensamentos e objetos a compreensão para o seu trabalho. (CHAGAS & PEDRO, 2008, p. 71).

Há disciplinas em comum nas formações de músico e musicoterapeuta. A apreciação e conhecimentos musicais são fundamentais para o desenvolvimento de ambos os profissionais. Entretanto, há diferenciações importantes a serem consideradas. O produto musical pode ser parecido, mas e o processo?

No manejo das ferramentas terapêuticas, o musicoterapeuta teria, em princípio, mais proximidades pela sua formação. Fazer música, tocar, cantar, dançar, interagir, intervir, compor, ouvir, tudo isto com enfoque em contribuir para atingir os objetivos terapêuticos direcionados ao usuário, constituindo parte de seu tratamento. Utilizar técnicas, métodos e procedimentos musicoterápicos é sua função. Quanto mais se aprofundar no conhecimento da música em suas variadas atribuições é melhor para o desempenho do musicoterapeuta, bem como o empenho nas disciplinas terapêuticas, correntes de pensadores, modos de atuação diferenciados etc.

Observamos que a estética musical utilizada em práticas musicoterápicas nestas formações grupais funciona como uma ferramenta a mais na desconstrução dos modos manicomiais de tratamento, posto que contribui para a problematização do lugar da loucura, questionando-a em suas letras musicais. Também incita a não estigmatização do usuário de serviços de saúde mental. Estas produções musicais acrescentam e podem interessar a todas as pessoas, participantes ou não das redes ligadas diretamente à saúde mental. Quem trabalha ou já trabalhou nesta área, e já conviveu com pessoas diagnosticadas como portadores de transtornos psíquicos percebe que eles têm modos surpreendentes e interessantes de pensar. Acreditamos que compartilhar estes modos de refletir seja importante para problematizarmos as produções de realidades, para que, inclusive, questionemo-las e percebamos que elas também são localizadas e situadas.

Denunciar práticas manicomiais, mostrar os abusos, ironizar os equívocos, como o fazem as letras das músicas, contribuem para que se questione as práticas manicomiais

que ainda existem e que devem ser extintas. Assim, pensamos que as socialidades-materialidades possam se beneficiar com estas produções musicais.

Em entrevistas com os profissionais integrantes dos grupos musicais, eles disseram que não previam a formação dos grupos, que isto foi uma derivação do trabalho musicoterápico e/ou de alguma oficina artística. Isto não era objetivo, esta produção foi um dos efeitos destas oficinas. “Para Aigen (2007) a criação de música com valor artístico é um foco clínico legítimo, e ainda, [...] a intenção pode não ter sido essencialmente artística, mas o resultado foi e este resultado artístico passa a ser o aspecto mais saliente da perspectiva clínica” (JACINTO, 2010, p. 30).

Uma das situações mais marcantes sobre a importância da dimensão da estética musical no HE aconteceu durante o ensaio da música “Dinheiro Não É Tudo”, segue descrição:

Sidney mostra que musicalmente, independente da letra, só pela musicalidade, pode ficar mais alegre ou triste e demonstra isto no bandolim. Trazendo uma versão mais introspectiva da música e depois mostrando mais ritmado e harmonização mais *over*. Kiko fala que a pessoa chega e é transformada num prontuário. Sidney fala que esta é uma música irônica. (Diário de campo, 05/03/2010).

A contribuição estética se apresenta identificada neste fragmento de campo. Ficou claro que o arranjo da música, sua harmonização, a dinâmica, isto tudo contribui para conotações diferenciadas. As regras e conhecimento da estética musical aí seria um não-humano agindo com importância facilmente reconhecida. A música fala de uma pessoa transformada em prontuário e, infelizmente, isto aconteceu, e ainda ocorre em instituições psiquiátricas. O profissional deve ficar sempre atento a possibilidades de ele mesmo se tornar um mobiliário destas instituições. As relações muitas vezes acabam reproduzindo modos de funcionamento também segregatórios e aniquiladores. A diferenciação no arranjo pode “alegrar” ou “entristecer” a melodia. Isto recorre ao conhecimento musicoterápico como uma ferramenta.

A ironia pode tomar estas produções de realidades por outros ângulos e contribuir para a construção de relações menos opressoras. Uma das marcas das produções musicais destes grupos é o humor e a ironia. Sidney Dantas trata da temática da ironia nas composições musicais do HE como estratégia de enfrentamento dos conflitos advindos da saúde mental em suas conexões mais situadas, e também em reflexões sobre outros assuntos ligados à saúde e outras relações na contemporaneidade

(DANTAS, 2010). Um efeito dissonante do que poderia advir destes encontros historicamente estigmatizados.

Deste modo, uma harmonização mais alegre pode trazer o problema de modo suave, mas ainda assim, presente. Dantas reitera a importância da estética musical como ferramenta para a inserção social. “A necessidade do grupo em melhorar o desempenho buscando soluções estéticas para suas canções denota um processo de expansão musical, aspecto relevante para sua inclusão nos espaços culturais da cidade”. (DANTAS, 2010, p. 90).

Outro profissional, o Kiko (Francisco Sayão), afirma categoricamente: “O trabalho vale pela qualidade” (entrevista em 08/03/2010), referindo-se a produção musical do HE.

O cuidado ao produto musical é visível e reconhecido nas apresentações do Harmonia Enlouquece, e este trabalho é identificado como uma prática musicoterápica. Reconhecemos que se constitui em um modo de atuar em musicoterapia, considerando a estética musical como mais uma ferramenta em seu labor e que os objetivos terapêuticos podem ser agenciados com mais este *actante*. Dantas reconhece o grupo como uma prática musicoterápica (2008, p. 168).

III.2.2- Controvérsia da estética musical em musicoterapia

Quais são as conexões que se apresentam visíveis nas relações entre práticas musicoterápicas e a estética da música? Quais os agenciamentos entre estas e a inclusão social no campo da saúde mental?

Na experiência de um grupo musical os aspectos da *performance* e do produto, como se sabe, são bastante relevantes. No que se refere ao grupo Harmonia Enlouquece, apesar de continuarmos com a atenção no sujeito e no processo surge, também, uma ênfase na *performance* cujo resultado pode ser um produto com valor estético musical. Tal aspecto surge como uma exigência natural, que passa a ser valorizada pelos próprios participantes do grupo e quando emerge deve ser estimulada pelo musicoterapeuta que é quem cria as condições de efetivação do produto num processo de respeito às potencialidades dos sujeitos. (DANTAS, 2008, p. 179).

Dantas destaca a atenção dada à estética musical como um efeito da produção de um grupo de música. Evidencia a importância na intervenção de um musicoterapeuta

para agenciar esta valorção da estética com os cuidados referentes ao tratamento. Ratificamos que relevar a estética faz parte do processo mas esta seria uma ferramenta que não deve se dissociar dos objetivos terapêuticos.

Bruscia afirma que “também é importante perceber que a música pode ser uma experiência estética independente de processo e produto atingirem os padrões artísticos convencionais estabelecidos por músicos e críticos profissionais” (BRUSCIA, 2000, p. 156). No tópico que aborda o papel do terapeuta, Bruscia afirma que:

o terapeuta precisa ser um músico capaz de infundir arte, beleza e sentido estético nas experiências musicais do cliente. O terapeuta pode também atuar como um professor, na medida em que os clientes precisam de alguma forma de instrução ou prática para desenvolver as habilidades necessárias para encontrar um sentido pessoal e satisfação com a música. (2000, p. 158).

Na mesma publicação, Bruscia (2000) aponta a estética como parte da produção musicoterápica e, em outro momento, apresenta afirmações que relegam a estética musical distanciada dos objetivos terapêuticos. Demonstraremos aqui estes discursos aparentemente antagônicos. No trecho em que Bruscia busca definir e delimitar a música para a musicoterapia, ele afirma: “As preferências, as habilidades e as aquisições musicais do cliente são sempre aceitas sem julgamento; como resultado, os padrões estéticos e artísticos na musicoterapia são mais amplos e mais inclusivos do que aqueles de outros profissionais da música” (2000, p.100). Evidencia-se então o viés inclusivo da produção musical para o musicoterapeuta. Parece-nos que o autor retrata a aceitação do fazer musical do usuário como importante ao tratamento. Na comparação, ele infere que outros não-terapeutas poderiam utilizar maior rigor estético. A seguir Bruscia (2000, p. 100) foi categórico: “O cliente é a principal prioridade da terapia, e não a música”. Concordamos com esta afirmativa e compreendemos que este é o lugar do musicoterapeuta em qualquer atuação. Contudo, a nossa questão é: e quando a música e a qualidade estética passam a ser uma ferramenta no tratamento como inserção social? O cliente continua sendo a prioridade, mas a estética não passaria a ter uma importância a ser considerada nas práticas aqui pesquisadas? Ela surgiria não como um fundo a uma figura, mas como coparticipante. Poderíamos inferir que ela seria um *actante* na rede em importância simétrica, já que ela ocuparia o lugar de coadjuvante no tratamento? Na sequência de itens que Bruscia delimita, ele prossegue: “Na musicoterapia, a música é mais do que as próprias peças ou sons, cada experiência musical envolve uma pessoa,

um processo musical específico e um produto musical de algum tipo” (2000, p. 100). Neste diálogo, ratificamos que sim, mas além disto observamos que outros *actantes* entraram nas redes das formações dos grupos. O produto musical agenciou mais do que o previsto em *settings* tradicionais de musicoterapia. Eles “explodiram” os *settings*. As salas fechadas de sessões musicoterápicas se transformaram em ensaios abertos. As equipes profissionais que os assistiriam foram ampliados para centenas de espectadores. Se contabilizarmos as aparições televisivas, consideraremos milhões de espectadores. As questões de saúde mental foram vistas em novela por milhões de pessoas e tiveram os usuários como protagonistas de suas questões. Nesta novela, um ator interpretava um personagem com diagnóstico de esquizofrenia, mas houve capítulos em que apareceram os componentes destes grupos musicais. Isto é musicoterapia? Para nós, isto se constituiu como um efeito de inserção social como nunca antes se tinha visto no campo da saúde mental.

Da praça pública à Universidade, passando por hospitais, presídio, palcos famosos e espaços culturais da cidade, o Harmonia Enlouquece rompeu a lógica da exclusão. Ganhando lastros na mídia impressa e televisiva recoloca a discussão da necessidade de inclusão e do respeito à cidadania dos portadores de transtornos mentais, sobretudo, através da música colocando em evidência a importância da Musicoterapia neste contexto. (DANTAS, 2008, p. 182).

Um dos objetivos dos movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira é discutir as questões da saúde mental com a população em geral. Na ocasião da exibição da novela, isto ocorreu com um alcance que atingiu até outros países, o que eu pude conferir em minha estadia em Coimbra, Portugal. Lá, as pessoas que tinham visto a novela, lembraram-se e compreenderam melhor o tema de minha pesquisa. Nesta nossa argumentação com Bruscia, destacamos:

Enquanto buscar ajudar o cliente a desenvolver seu potencial musical, o musicoterapeuta deve sempre esforçar-se para aceitar a produção musical do cliente em qualquer nível que ela ocorra, sejam formas sonoras ou música, sem considerar o mérito estético ou artístico, reconhecendo que, à medida que ocorra progresso terapêutico, sua música se tornará cada vez mais plenamente desenvolvida. [...] Na situação terapêutica, as necessidades do cliente, a relação cliente-terapeuta e os objetivos da terapia têm precedência sobre padrões estéticos ou artísticos impostos a partir do exterior. [...] Em um contexto clínico, a música deve ser escolhida ou criada primeiramente por sua relevância clínica, por sua utilidade e por seu apelo para o

cliente, e posteriormente, de acordo com os valores artísticos tradicionais. (2000, p. 101).

Esta citação nos parece importante porque enquadra na prática clínica estas denominações. Em *settings* tradicionais das práticas denominadas clínicas em musicoterapia, geralmente sob a materialidade de um consultório, em atendimentos individuais, colocam-se em ação as ideias acima descritas. Mas aqui travamos outro debate: estas formações de grupos musicais com usuários de serviços de saúde mental não se encaixam nestes enquadres. Ainda nesta citação, Bruscia corrobora com outros autores a ideia de que o aprimoramento estético tem ressonância com a melhora em termos dos objetivos terapêuticos. Em linhas gerais, ele descreve o ocorrido nas formações destes grupos. Antes da formação dos grupos musicais e ainda concomitantes, ocorrem as oficinas musicais, espaço em que prescinde-se de exigência estética musical. Os usuários e profissionais cantam e tocam o que escolhem naquele momento e não se configura um ensaio para apresentações. Lidamos com uma deriva destas produções. A formação dos grupos musicais construiu outras práticas que ora consideramos também musicoterápicas. Redes sócio-técnicas foram associadas: interesses, instrumentos musicais, mídias, geração de renda, pressupostos da Reforma Psiquiátrica e outros *actantes* agregaram traduções que “redesenharam” este *setting* clínico-tradicional.

Mas por que insistimos nestas produções como musicoterápicas? Por que existem musicoterapeutas que contribuíram e contribuem para a criação e estabilização destes grupos. Acentua-se a importância das intervenções musicoterápicas, estas são aprendidas em sua formação. Porque foram utilizadas as técnicas de Re-criação musical, composição e improvisação nas oficinas e ensaios. E estas técnicas fazem parte da musicoterapia e porque há um objetivo terapêutico visível sendo abordado: a inserção social. Interagir, conviver, ser aceito socialmente, elevar a autoestima, receber admiração, aplausos, reconhecimento. O usuário participante dos grupos musicais passa a ocupar um outro lugar, não somente o que outrora era o de “problemático” na família. Começa a ser visto diferentemente pelos vizinhos e outras pessoas com as quais convivem. Isto tudo consideramos ser terapêutico, porque entendemos que terapia é mais do que adaptar um indivíduo em seu convívio, é ampliar as conexões. Além disso, ele também começa a contribuir para a renda familiar etc., o que contraria a noção de

que eles sejam incapacitados e improdutivos. Entendemos estes apontamentos como efeitos difrativos destas produções, com a entrada em cena de muitos outros *actantes*. Estas práticas musicoterápicas permitiram mudanças significativas nas vidas dos componentes dos grupos, contrariando a lógica manicomial de exclusão e segregação.

Podemos dizer que o Harmonia Enlouquece, enquanto prática musicoterápica, tem contribuído para a criação e manutenção de merecidas oportunidades às pessoas envolvidas no grupo que demonstram um aumento significativo de seu poder contratual em suas relações interpessoais e sociais, o que tem resultado numa nítida redução das crises e as consequentes intervenções. Os participantes apresentam-se mais ativos em seus tratamentos, mais autoconfiantes demonstrando maior capacidade em desenvolver todo o seu potencial, aspectos desencadeados e revelados no próprio fazer musical. (DANTAS, 2008, p. 183).

Onde estariam os usuários se não houvesse a Reforma Psiquiátrica e estes trabalhos musicoterápicos? Submetidos a que tratamentos? Eles seriam ouvidos por, no máximo, uma equipe de profissionais estratificados no poder sobre o paciente. Este movimento não deu voz ao usuário, este movimento é uma voz a soar os cânticos mobilizadores-transgressores dos lugares instituídos da loucura. Reconhecemos a importância destas práticas musicoterápicas no cenário da inserção social preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

Baseando-nos nestas argumentações, observações do campo e como participante enquanto profissional deste movimento, afirmamos que a música produzida pelos usuários e profissionais nestes grupos é música e que este é um trabalho que faz parte das práticas de musicoterapia em saúde mental.

Bruscia segue em defesa da musicoterapia clínica, caracterizando a estética musical como secundária:

A principal prioridade da musicoterapia é alcançar os problemas e necessidades do cliente através da música. Produzir um trabalho artístico duradouro e que tenha significação e relevância fora do contexto clínico não é prioridade. Promover ou perpetuar a música como uma forma de arte como um fim em si mesma também não é prioridade. (2000, p. 103).

Sua contribuição está ancorada nas bases da musicoterapia tradicional e clínica. Nós entendemos o enquadre como pertinente. Também acolhe a proposta dos grupos

pesquisados. Alguns deles começaram em práticas clínicas tradicionais. A oficina “Convivendo com Música” do HE funcionara inicialmente nos moldes de *setting* musicoterápico clínico, mas já com viés institucional. Percorria os espaços da instituição, compartilhando música e utilizando técnicas musicoterápicas. Em todos estes grupos musicais deste movimento pesquisado, a prioridade não era a formação para apresentações em público, mas isto aconteceu. Foi um efeito inesperado, não surgiu por intenção prévia dos profissionais. Nos coletivos SNA, HE, Mágicos do Som, Cancioneiros do IPUB e outros já conhecidos da saúde mental, a demanda de criação dos grupos partiu dos usuários destes serviços. As produções musicais dos grupos não se restringem a produção de música com um fim em si mesma. As composições dos participantes tratam de questões pertinentes a suas vidas, suas trajetórias, problematizações sobre os tratamentos em saúde mental, crítica social etc. A música continua sendo um meio para se expressar, para fazer ouvir suas contribuições às interações sociais. A preocupação com o resultado estético faz parte desta perspectiva, posto que contribui para o deslocamento do lugar de usuário para o de músico (SIQUEIRA-SILVA, 2007). Mostrar a arte esteticamente organizada pode revelar as expressões dos usuários para o mundo e produz outras versões.

A necessidade do grupo em melhorar a performance buscando soluções estéticas para as canções, denota também um processo de expansão musical, aspecto relevante para sua inclusão no “Projeto Loucos por Música”⁶³ e para a premiação “Além dos Limites da Funarte”⁶⁴. (DANTAS, 2008, p. 182).

Bruscia demonstra um contraponto à questão de que a música com fim em si mesma não é prioridade:

Isso não significa que quando o cliente e o terapeuta fazem ou ouvem música eles não se preocupem com a beleza [...] nem que a música criada ou escutada na terapia não possua nenhum valor estético! Geralmente, a música para terapia tem qualidade artística excepcional e mérito estético, não somente quando julgada pelos padrões convencionais de musicistas e críticos como também quando o julgamento se baseia em critérios mais abrangentes de arte adotados pela musicoterapia. (2000, p. 103).

⁶³ Projeto de shows com grandes nomes da MPB cuja renda da bilheteria é doada para instituições de saúde mental (DANTAS, 2008, p. 184).

⁶⁴ Em 2006 a Funarte lançou o primeiro Edital Público voltado para o fomento e a inclusão de artistas com deficiência. O Harmonia foi selecionado recebendo um financiamento para produção de seu segundo CD e de um espetáculo apresentado nas salas Funarte de Santos, Brasília e Rio. (DANTAS, 2008, p. 184).

Com esta citação, percebemos que o autor demonstra certa ambiguidade quanto ao emprego e função da estética musical no âmbito da musicoterapia, o que nos leva a considerar que há posicionamentos controversos em relação a este tema. O enquadramento clínico talvez não seja tão adequado para definir ou delimitar a aplicabilidade da estética musical como dispositivo terapêutico, como ferramenta da musicoterapia. Mais ainda assim, ele se faz presente. Há como negar a estética se a música está presente?

Seguindo na argumentação, Bruscia cita outros autores:

Aigen (1995) reivindica que critérios mais abrangentes devem ser adotados pela musicoterapia independentemente da intensidade com que os musicoterapeutas adiram ou se identifiquem com os padrões estéticos convencionais. Utilizando a teoria de John Dewey, ele propõe que ‘a música como arte’ e ‘a música como arte terapêutica’ não são coisas realmente diferentes porque ‘as qualidades estéticas da música estão vinculadas ao processo básico da vida e da natureza. (2000, p. 103).

Nesta passagem, Bruscia abre perspectiva de interlocução com outros autores. E por que não? Esta questão da estética no *setting* musicoterápico não está fechada. Também não podemos partir do pressuposto que ela é imprescindível, mas podemos afirmar sua presença. Na formação dos grupos musicais ela tomou uma dimensão antes não vista na perspectiva da saúde mental. Isto também não quer dizer que ela servirá como parâmetro para todas as outras práticas. As redes que compõem estas formações comportam a estética musical como ferramenta para expressar melhor os ideais reformistas, questionamentos, afetos e outros dizeres dos usuários de serviços de saúde mental. Então aqui localizamos a importância da estética musical da musicoterapia sob este viés. Não implicamos com isto uma lógica de reprodução destes modos de trabalhar em musicoterapia, mas observar o que daí acrescenta às práticas musicoterápicas, cuja função última é contribuir à proposta de liberdade, respeito aos modos diferenciados de pensar e viver. Em outras palavras, inserção social e melhoria na qualidade de vida dos usuários de serviços de saúde mental. Em relação às pesquisas acadêmicas acrescentar contribuições ao campo de investigação, problematizando tais práticas.

Esperamos com isto que os humanos que foram aliados das participações políticas, historicamente com suas vozes abafadas, possam ter mais *actantes* no contágio desta rede positivamente transgressora e revolucionária.

Continuando a controvérsia aqui exposta, apresentamos uma citação do Bruscia, em mesma publicação, no tópico em que ele se refere à música como experiência estética:

A experiência estética, mesmo quando ocorre apenas para apreciação, ainda tem implicações terapêuticas. Arte é terapia, mesmo quando não é utilizada com esse propósito. Portanto, dar ao cliente experiências puramente estéticas também facilita e melhora o processo terapêutico. (BRUSCIA, 2000, p. 156).

Bruscia defende a experimentação estética como facilitadora ou contribuindo para os objetivos do processo terapêutico. Se o mesmo autor retrata concepções produtoras da estética musical nas práticas terapêuticas, isto pode ser visto como evidência, ou rastro da controvérsia no campo. Acima ele aponta para audição musical, outro modo de atuar musicoterápico, pertencentes às técnicas receptivas. Nesta pesquisa, tratamos de um fazer musical associado às técnicas interativas: o usuário e o musicoterapeuta interagem, produzindo música (BARCELLOS, 1992, p. 07).

Bruscia se posiciona reiterando a importância da estética musical em outro trecho: “[...] embora a musicoterapia envolva todos os níveis de experiências musicais, quanto mais perto a experiência do cliente estiver do nível puramente musical, mais certeza poderemos ter de que se trata verdadeiramente de Musicoterapia” (BRUSCIA *apud* DANTAS, 2008, p. 183).

Com estas passagens percebemos que a estética musical tem uma inserção, ela é incluída aqui nas práticas musicoterápicas. Retratamos nesta discussão dois processos inclusivos:

- a) O da estética musical na formação dos grupos como estratégia de inclusão social.
- b) E o da estética musical incluída na musicoterapia como um dos efeitos desta produção dos grupos.

Ambas localizações com efeitos difrativos, provocando problematizações nas práticas.

- 1) Nos grupos, os efeitos das conexões com visibilidade, geração de renda, melhoria na qualidade de vida do usuário de serviços de saúde mental etc.

- 2) Na prática da musicoterapia: um outro modo de atuar que surge e mantém em aberto as reflexões sobre primar ou não a estética musical nos fazeres musicoterápicos.

Em seguida, Bruscia cita outro autor que também ratifica a importância da estética musical em musicoterapia. A ideia que destacamos aqui é a valorização da estética musical no processo musicoterápico no cenário da Reforma Psiquiátrica como agente da inserção social.

Além de encontrar novas formas de expressar sentimentos, de adquirir novo senso de competência e de autoestima [...] o cliente-seja tocando ou escutando experiencia também uma coerência ontológica codificada na beleza da música [...]. O processo de cura ocorre com a própria experiência estética. (SALAS *apud* BRUSCIA, 2000, p. 156-157).

O autor se refere a constructos definidos, tal qual cura e autoestima. Cabe ressaltar que em saúde mental a noção de cura é relativizada. Nós, profissionais que atuamos nesta área, estamos acostumados a lidar com esta ideia concebendo-a como dependente das conexões a que está agenciada. Como exemplo disto, vamos descrever uma trajetória presente na saúde mental atual: um usuário com décadas de internação psiquiátrica. Institucionalizado. Após tratamento com as prerrogativas da Reforma com equipe interdisciplinar, profissional de referência, medicamentos adequados, acompanhamento para se readaptar às atividades da vida diária, passa a frequentar o CAPS. Cria laços de amizade, passando a morar em residência terapêutica e então podendo sair sozinho, frequentar grupos, fazer compras, divertir-se, saber lidar com dinheiro e interagir. Além de participar de oficinas terapêuticas e/ou de geração de renda etc. Podemos afirmar que houve aí um percurso de cura, mesmo que ele tenha que ir periodicamente ao CAPS, tomar medicamentos e manter-se vinculado aos serviços de atendimento propostos pela Reforma Psiquiátrica. Anteriormente, um usuário nestas condições morreria no manicômio, sem outras opções de tratamento. Cura, para nós da saúde mental, vai além de extinção de sintomas, tem a ver com inserção social. Um dos mais penosos efeitos da institucionalização psiquiátrica é o isolamento a que estas pessoas foram submetidas. Um preço que se paga até os tempos atuais. Vidas que se encerraram nestas condições. Quando vimos alguns deles nas redes que conquistaram os grupos musicais pensamos que eles conseguiram ir além dos muros. Conseguiram rachar, fissurar, quebrar, destruir alguns muros e voar. E assim como os componentes

destes coletivos, muitos outros, através de tantos esforços dos profissionais, equipes, políticas públicas, leis, artistas, familiares, pessoas aplaudindo e tantos mais *actantes* nestas redes que transgridem as lógicas manicomiais. Isto também é cura. Não é só porque a estética musical entrou em cena que esta peça começou, ela já estava em cartaz. A Reforma Psiquiátrica agencia este ideal libertário.

Sobre a estética musical e o grupo TPC de Coimbra

Durante o estágio doutoral em Coimbra, não foi possível acompanhar ensaios e/ou apresentações do TPC, portanto, o que conseguimos colher foram relatos de dois profissionais que compõem o grupo e eles disseram que somente os profissionais é que tocam os instrumentos. Havia um usuário baterista, mas ele tinha sido transferido para outra instituição. O cantor usuário do serviço escolhe músicas e o grupo toca. Os enfermeiros músicos demonstraram ter conhecimento musical porque citaram participações em filarmônica e outros tipos de grupos musicais, mas não os vi tocar.

III.3-Sobre a produção estético-musical, tecnológica e cultural dos grupos musicais em Saúde Mental

Todos estes blocos definidores de ordenamento para identificar o assunto presente neste subtítulo nos servem apenas como apontamentos, pretendemos pensá-los como não dissociados. Eles estão aí para didaticamente serem apresentados, mas estão tão intrinsecamente interligados que constroem redes de conexões, ou de interferências, de difração. Os fios que compõem estas redes não aparecem isoladamente. A estética musical apresenta-se de diversos modos nas produções musicais dos grupos pesquisados. A organização melódica, harmônica e rítmica retrata códigos compartilhados e produz música, com arranjos e harmonia ocidental bem reconhecida entre os músicos. Estes códigos são percebidos tanto por músicos que não são usuários de saúde mental quanto pelos que estão identificados como portadores dos diagnósticos psiquiátricos. Compondo estas redes também identificamos toda a parafernália de instrumentos musicais, cabos, caixas de som, amplificadores, caixas que guardam os instrumentos e os espaços onde se realizam os ensaios. Um cenário diversificado e complexo com muitas materialidades. Somam-se os códigos linguísticos, tanto musicais quanto verbais, as expressões comuns à convivência, os jargões da cultura psiquiátrica e

hospitalar, os bordões e sotaques cariocas e portugueses às referências compartilhadas por pessoas com histórias de asilamento. Mas também de samba, de música de protesto, de fado, da diversidade musical, riquezas rítmicas, gingas musicais com afinação e/ou oscilantes. Estão aí produções genuínas culturais. Longe de erudição, mas embuídos de práticas do fazer musical. Estas materialidades dissolvem a ideia de uma cultura, uma estética, uma música e uma tecnologia transcendentas, desconectadas. Estas produções são encarnadas assim como o conhecimento que produzimos ao entrar em contato com estas redes e pertencer a elas como *actantes*. Nunes (1996, p. 45) refere-se a Jameson que formulou o conceito de médium (plural media) no qual identifica a materialidade da cultura e dos objetos culturais:

É porque a cultura se tornou material que estamos agora em posição de compreender que ela sempre foi material, ou materialista, na sua estrutura e nas suas funções. Nós, pessoas pós-contemporâneas, temos uma palavra para essa descoberta – uma palavra que tendeu a deslocar a velha linguagem dos gêneros e das formas – e essa palavra é, evidentemente, a palavra medium, e, em particular, o seu plural, media, uma palavra que faz confluír três sinais relativamente distintos: o de um modo artístico ou forma específica de produção estética, o de uma tecnologia específica, geralmente organizada em torno de um aparelho ou máquina central, e, finalmente, o de uma instituição social. Estas três áreas de sentido não definem um medium, ou os media, mas designam as distintas dimensões que têm de ser consideradas para que uma tal definição possa ser completada ou construída. (JAMESON *apud* NUNES, 1996, p. 45-46).

Quando Jameson se refere a uma produção estética como forma específica, identificamos como modo compartilhado culturalmente de um fazer musical. Padrões estéticos comuns à música. Tecnologias especificadas nestes padrões são compartilhadas culturalmente e socialidades se produzem nestas conexões. Os aparatos tecnológicos são produções que implicam humanos. O que Jameson cita como ‘instituição social’ é uma forma em ação, parte de uma rede e não algo isolado. A instituição social também é, ao mesmo tempo, a tecnologia, a cultura, a música em produção de fazeres e materialidades em movimento.

Latour (2008) afirma a produção do social como uma rede heterogênea na qual pertenceriam os *actantes* ali engendrados. Esta visão é explicitada teoricamente, mas a dissolução da concepção de social como uma forma dada faz ruir os instituídos, quebrando o sentido de que sociedade é um bloco homogêneo, uma unidade. O social se

constitui num coletivo que agrega humanos e não-humanos.

O social/coletivo seria construído pelas micro relações, pelas conexões mais imediatas entre humanos e não-humanos, em suas condições técnico, social e científicas. Esta dissolução não nos parece simples, visto que comumente nos acostumamos a evidenciar o social como algo pertencente somente a humanos. Mas também nos interessa também algo específico; se o social é constitucionalmente solúvel, todas as produções tidas como verdades, concebidas em ordenamento de conexões estáveis, podem ser tomadas em seu enquadramento têmporo-espacial. Como o asilamento foi para a saúde mental algo aprisionável no tempo passado, isto serviria a isolar este modo de tratamento. Sim, ele existiu, entretanto, pode ser concebido como algo obsoleto, desnecessário, perdendo sua função. Ao prolongar este raciocínio chegamos a inferir que esta sociedade que alijava o usuário de saúde mental, estigmatizando-o, foi construída constitucionalmente por associações, o que poderá temporalmente ser deslocado. Historicamente houve justificativas para depor um consenso de que o usuário deveria ficar segregado. Entretanto, mediante algumas alterações nas redes que engendraram e engendram outras associações, poderá ser mudado completamente este modo de vê-lo e concebê-lo em convívio social. O que vemos nas práticas musicais, com a formação dos grupos e outras produções, é que muito já se deslocou. Os usuários cantam, tocam, apresentam-se e mudaram suas vidas, o que não acontecia em práticas manicomiais anteriores. A produção musical esteticamente inserida com êxito nos padrões comuns a grupos fora do campo da saúde mental pode ser entendido aqui como uma inserção social. Este processo de inserção, um dos ideais da Reforma Psiquiátrica, ganha êxito e força nestas produções. Mas nem pretendemos entender isto como uma sociedade isenta e neutra em que os usuários alijados se agregaram com sucesso. Referimo-nos a concepção em que tais redes promoveram mudanças nas conexões antes tomadas como estabilizadas. Grupos musicais em saúde mental não comportavam qualidade estética musical compatível, eram músicas estigmatizadas de doentes mentais tidos como incapacitados. O que vemos nestes grupos é algo diferente. Às produções sociais agregam-se o tempo todo aparatos tecnológicos, interesses e outros objetos. Latour nos acrescenta a respeito de uma visão de sociedade, dissolvendo as noções de unidade em relação a chamada ordem social:

A ordem social não tem nada de específico; não existe nenhuma

dimensão social de nenhum tipo, nenhum ‘contexto social’; nenhum domínio definido da realidade ao que se possa atribuir a etiqueta de ‘social’ ou ‘sociedade’; que não existe nenhuma ‘força social’ que possa ‘explicar’ os aspectos residuais de que outros domínios não alcançam. (LATOURE, 2008a, p. 17-18).

Nesta expressão, Latour destitui o sentido que se possa dar ao social como algo já dado e ratifica um modo de pensar que dispensa a transcendência ao termo. O social não está separado do que o constitui: produções humanas e não-humanas. O social não é a soma das partes, nem o todo. O social constrói-se pelas conexões que engendra, a cada vez, em cada rede. A Teoria Ator-Rede se constitui numa abordagem metodológica flexível, como um caminhar de uma formiga, construindo o percurso conforme as conexões que se produzem.

Nos grupos pesquisados procederam estas prerrogativas das quais não se dispunha de um único aspecto que dominasse a cena. Muitas percepções eram captadas entre sonoridades, verbalidades, artefactos tecnológicos e trocas gestuais, também alguns códigos culturais identificáveis e outros não-legíveis. Muito o que observar ao mesmo tempo. Nunes (1996, p. 46) refere-se a uma tripla dimensão: material, estética e social. Atentemos para a indissociabilidade nas produções, posto que nenhuma destas instâncias existiria isoladamente, mas são *actantes* produzindo *actantes* nas conexões destas redes. Segundo Daniel Costa:

Acompanhando as teorizações levadas a cabo por Lysloff e Gay (2003, p. 8), na definição da sua Ethnomusicology of Technoculture (...) sem o significado que lhes é conferido através da sua utilização, todos os artefactos tecnológicos seriam objectos mortos, artefactos vazios: as guitarras seriam amontoados de madeira, plástico e metal, e os sintetizadores seriam caixas de plástico com complexas ligações de fios, etc. (2006, p. 09).

Não nos interessa aqui a noção de que um significado é dado por um humano a materiais inanimados, mas utilizamos esta citação para conceber a não dissociação entre as materialidades na execução de qualquer tarefa. Poderíamos escolher estas terminologias ou simplesmente *actantes* como assim costumamos citar, mas a ideia da indissociação da importância de humanos e não-humanos faz-nos reconhecer os humanos em rede como qualquer elemento, artefacto, ou mesmo os chamados objetos culturais. Nenhum elemento se encontra isolado ou neutro, e sim conectado e

condicionado às conexões engendradas pela rede, esteja ele diretamente relacionado ou não.

É importante realçar o fato de a tecnologia não ser neutra, e, como tal, não surgir do nada. A tecnologia também surge a partir das conexões juntamente com as contribuições científicas e sociais.

Tecnologia é [...] criada em momentos culturais, econômicos, políticos e sociais muito específicos e facilmente identificáveis. Isto significa que todas as tecnologias e todo e qualquer artefacto tecnológico são sempre desenvolvidos no intuito de responder a determinados imperativos ou exigências – sejam estes sociais, económicos, culturais, políticos. (LYSLOFF & GAY *apud* COSTA, 2006, p. 9).

Acrescentaríamos a esta citação um hífen aos instituídos citados, com o intuito de manejar os termos com uma articulação mais estreita, já que não iremos nos deter a dissolução que cada instância comportaria. Procedemos aos termos sociais-econômicos-políticos como redes complexas, heterogêneas e associadas na produção das tecnologias. Acrescentemos que os autores se referem a imperativos e exigências o que traduzimos por interesses. Necessidades, forças, poderes, adequações, acordos, tratados, estes são termos que denotam associações complexas que engendram forças capazes de agregar interesses para que materialidades-socialidades sejam produzidas. As socialidades não são construídas deste ou daquele modo sem que se configurem negociações entre estas associações. As materialidades procedem do mesmo modo. Ainda tendemos a desmembrar as materialidades como se as socialidades fossem instâncias pré-dadas. Não dividimos sociedade como o humano construtor e o objeto construído.

Assim, acreditamos que os usuários dos serviços de saúde mental devem estar ativamente presentes nestas produções de socialidades: nas construções dos modos de lidar com eles, nas discussões sobre os modelos de tratamento, nos dispositivos de atendimentos que forem criados para atendê-los, nas abordagens que se adotem para melhor aplicação das terapias, nas visões que se produzem entre a razão e a “desrazão”. Como pensar para eles? Como fazer por eles? Acreditamos num fazer, pensar, produzir *com* eles.

Apostamos em modos de atuar em que todas as ferramentas, dispositivos, tratamentos e serviços os incluam. Que eles sejam os artífices, os protagonistas de seus

destinos, mas que haja a liberdade e o respeito para assim fazê-lo. Confiamos em sua propriedade sobre a sua liberdade. O asilamento foi um desperdício às suas contribuições. As produções de socialidades-materialidades precisam destes dizeres, destas artes, destes sons, para se constituírem na multiplicidade necessária, e para aumentarem as críticas quando surgirem tentativas de verdades sobre eles. A voz do usuário deve ser ouvida nos serviços e instituições como o oboé dá o som para a afinação de uma orquestra.

Seguem reflexões situadas sobre os modelos/abordagens em Saúde Mental que estão em curso em Portugal e no Brasil.

Capítulo

IV- PORTUGAL E BRASIL NO CENÁRIO DA SAÚDE MENTAL

A loucura não é um fato de natureza mas de cultura, e sua história é a das culturas que a dizem loucura e a perseguem.

(ROUDINESCO, 1994, p.15)

Neste capítulo, abordaremos os modelos em saúde mental que tiveram repercussão em Portugal e no Brasil. Embora o nosso recorte histórico abranja um período que tem início no século XIX, focamos nossas problematizações no século XX e início do XXI.

Não pretendemos aqui abarcar toda a história da saúde mental de Portugal, mas apontar tópicos interessantes para o nosso tema. Abordamos essa história através da análise da legislação mais relevante e da bibliografia disponível. Pensamos ser importante, também, ouvir algumas vozes dos *actantes* conectados nestas redes. Para isto, realizamos entrevistas não estruturadas com profissionais da área de saúde mental em Coimbra e Porto. Eles nos contaram algumas passagens históricas que ocorreram sob seus olhares, e também sobre suas experimentações. Entrevistamos também um familiar de paciente com vasta experiência em associação de usuários e familiares. Estes relatos dão expressão ao modo como as leis e as ideias foram percebidas e pensadas pelas pessoas diretamente envolvidas. Destacamos alguns trechos destas entrevistas ao longo do capítulo.

Conexões na Europa, entrando em Portugal

No século XIX há uma produção de “olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental” (AMARANTE, 1995, p. 24). Neste período surgiram as instituições que atualmente identificamos como hospitais psiquiátricos, com as prerrogativas de tratar e/ou educar

e/ou isolar os usuários de serviços de saúde mental.⁶⁵ “A proliferação dos asilos ocorreu no século XIX, um pouco por toda a Europa” (ALVES, 2011, p. 33). Estes dispositivos de tratamento estavam associados a um discurso protecionista, em que o usuário seria protegido se estivesse afastado do convívio social. Ao mesmo tempo, isto servia a “resguardar” a população de alguma periculosidade intrínseca atribuída a estas pessoas. Mas esses dispositivos foram desde cedo objeto de críticas.

Conhecidos como instituições de ‘cura’, os asilos psiquiátricos trazem consigo um outro problema: a institucionalização, ou seja, a cronificação, os internamentos prolongados (problema a que só depois da II Guerra Mundial se procurará dar resposta). As críticas que se levantam relativamente às condições de vida dos doentes mentais, ao agravamento das doenças mentais nos asilos e à responsabilidade que cabe aos médicos na manutenção desta situação, vai levar a que surjam alternativas ao sistema asilar encabeçadas por movimentos. (ALVES, 2011, p. 34).

Os hospitais psiquiátricos foram tomados como um recurso catalisador das soluções ao problema da loucura. O asilamento e os modos de tratamentos coercitivos, disciplinadores, organicistas, não foram suficientes para que os usuários conquistassem a liberdade do convívio social. O modelo manicomial era e é uma máquina de produção e reprodução desta loucura segregada. Sem lugar para a desrazão, as possibilidades de racionalidades surgem como mecanismos de controle. Alguns discursos médico-científicos respaldavam e ainda respaldam estas instituições e agregam *actantes* para justificar o exílio como tratamento, como se isto fosse capaz de suprir as necessidades de vida e saúde. Portugal segue o mesmo rumo com a construção de grandes hospitais psiquiátricos.

Portugal seguiu o modelo da hospitalização psiquiátrica e desenvolve-o durante um longo período desde 1848, ano da criação do manicômio de Rilhafoles, mais tarde, Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda⁶⁶ [...]. Em 1883 surge o Hospital de Conde de Ferreira no Porto e, no período de Salazar, foram criados pelo Estado o Hospital Júlio de Matos, em

⁶⁵ Em Portugal, os usuários de serviços de saúde mental são chamados de utentes.

⁶⁶ Os últimos leitos do Hospital Miguel Bombarda foram desativados no ano de 2011, com a transferência dos últimos 24 internos/moradores para outras unidades de saúde mental. Detalhes disponíveis em publicação *on line*: <http://jornal.publico.pt/noticia/31-07-2011/eles-fecham-o-ultimo-capitulo-do-bombarda-22542009.htm>.

Lisboa (1941) e o Hospital Sobral Cid, em Coimbra (1945). (HESPANHA, 2010, p. 137-138).

Em 1945, mesmo ano da criação do Hospital Sobral Cid, foi publicada uma lei que “prevê a criação dos primeiros serviços abertos à comunidade.” (HESPANHA, 2010, p. 137). Decorreram praticamente cem anos até o surgimento desta primeira tentativa de dissolução do modelo manicomial, abrindo outras possibilidades de tratamento.

Como desconstruir o modelo manicomial? Como inserir socialmente os utentes? A psiquiatria toma para si esta incumbência e várias iniciativas pós II Guerra Mundial a fortalecem.

A Psiquiatria Social afirma-se sobretudo a partir da II Guerra Mundial, com as Comunidades Terapêuticas, a Psiquiatria de Setor, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria Comunitária e de Higiene Mental. As respostas tradicionais (asilos e hospitais psiquiátricos), além de contestadas, já não são suficientes para dar resposta às necessidades, visto que com o pós-guerra o número de pessoas com problemas psiquiátricos aumenta. (MELO *apud* ALVES, 2011, p. 37).

Na década de 1960 surgem as críticas ao modelo manicomial e seus modos de tratamento, configurando um enfoque político-revolucionário. Isto desestabilizou as estruturas das crenças manicomiais. O hospital psiquiátrico centralizador começou a ser burilado pelas ideias e ideais reformistas. Os pensamentos de Goffman (2001)⁶⁷ e de Foucault (2005⁶⁸ e 2004⁶⁹), dentre outros, influenciaram esta nova perspectiva. Defendia-se a liberdade, os direitos e melhores tratamentos. Basaglia (2001)⁷⁰ tratava a questão de modo a prescindir do manicômio. Estes pensadores lançaram algumas centelhas para explodir os muros manicomiais, mas estes muros não seriam somente os concretos que cercavam as construções, mas os modos de lidar com os usuários dos serviços. A proposta era, em suma, modificar a relação mais imediata entre as pessoas e proporcionar um atendimento digno, com procedimentos terapêuticos mais adequados. Eram os primeiros movimentos para a desinstitucionalização.

⁶⁷ Primeira edição em 1961.

⁶⁸ Primeira edição em 1961.

⁶⁹ Primeira edição em 1963.

⁷⁰ Primeira edição em 1968.

Em parte a desinstitucionalização reclamada foi tornada possível pelo desenvolvimento da psicofarmacologia a partir de meados dos anos 50, a qual constitui uma revolução na prática psiquiátrica, suprimindo os sintomas mais perturbadores e tornando muitos doentes acessíveis à psicoterapia e ao aconselhamento, permitindo repensar as questões de saúde mental de forma diferente e condicionando o próprio desenvolvimento da psiquiatria comunitária. (HESPANHA, 2010, p. 138).

A entrada destes medicamentos no cenário não diminuiu a perspectiva de internação, mas dava a ilusão de já ampliar as possibilidades nos tratamentos. Estes novos *actantes* mobilizaram as redes deslocando os procedimentos adotados, ainda na forma de contenção medicamentosa, porém menos mecânica e mais capaz de responder às circunstâncias de vida dos pacientes fora da instituição asilar. “Outros estudos no âmbito da prevenção primária dos distúrbios mentais, desenvolvidos também na década de 1960, perspectivam a família como centro da investigação e apelam não só a factores biológicos, mas também psicossociais e socioculturais”. (CAPLAN *apud* ALVES, 2011, p. 38).

Vários fatores foram importantes neste processo de desinstitucionalização e estes efeitos repercutem até a atualidade. Os movimentos para desinstitucionalizar os usuários/utentes agregam muitos interesses e interessados. Para pensar e processar a desconstrução dos asilos manicomiais, enfraqueceram-se algumas articulações, mobilizaram-se micropoderes, agenciaram-se insatisfações de familiares, de usuários e de profissionais. Outros *actantes* se associam às redes para produzirem esta implosão do modelo hospitalocêntrico.

Os ideais da desinstitucionalização do modelo manicomial ressoaram em muitos países, com suas diferenças culturais, sociais, econômicas, políticas, dentre outras. Em Portugal repercutiu a Psiquiatria de Setor. Suas bases surgiram na política norte-americana centrada no *Community Mental Health Center* (CMHC), cujas características fundamentais eram: “a continuidade de cuidados, a facilidade de acesso sem discriminação, o controlo e a implicação da comunidade e a responsabilidade especificamente geográfica”. (BAERT *apud* ALVES, 2011, p. 38-39). A proposta seria então a de implicar a comunidade, iniciativa importante à inserção social, com a prerrogativa de atendimento que não prescindia do hospital psiquiátrico, porém, vislumbrava o tratamento além dele. “Esta orientação de assistência nos EUA desenvolveu-se também na Europa - a psiquiatria de sector -, inicialmente a partir da

França, mas expandindo-se rapidamente para outros países. Este movimento transformou-se, nos anos 1960, em política oficial de muitos países, incluindo Portugal”. (ALVES, 2011, p. 39). Ratificava-se a inoperância de um modelo centrado no hospitalocentrismo psiquiátrico. As ideias sobre a inserção social associavam-se a necessidade de se implementar modelos mais adequados de atendimento e mais próximos das localidades de moradia dos utentes. “O objetivo era o de aliar a psiquiatria à comunidade evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente” (ALVES, 2011, p. 39). Esta vertente estava agregada ao conhecimento e poder psiquiátrico, não era compartilhada com os utentes. Mas as prerrogativas e seus objetivos sob o domínio dos profissionais visavam à melhoria do atendimento.

Podemos sintetizar dois objetivos básicos que a psiquiatria de sector preconiza: o primeiro seria o de prestar assistência precoce aos doentes mentais e apoiar os doentes crónicos não só a nível médico, mas também social; o segundo seria o de evitar a desadaptação provocada pelo afastamento do doente em relação ao seu meio, promovendo para este fim a criação de estruturas a nível da comunidade e evitando a hospitalização. (ALVES, 2011, p. 39).

A preocupação em tratar sem desnecessariamente hospitalizar era uma premissa. Embora este procedimento fosse de domínio médico, a comunidade começava a entrar no cenário. Estavam em voga outros *actantes* conectados aos tratamentos para inserir o usuário no convívio social e enfraquecer a segregação.

As influências de nível sociológico, psicológico e antropológico começam a fazer-se sentir. A esta nova dimensão veio aliar-se a necessidade de prevenção (com o sentido de promover a nível das comunidades a manutenção da saúde mental), que instaura uma nova era ou uma nova revolução na psiquiatria. São os factores sociais que chegam em força à psiquiatria e influenciam as políticas. (ALVES, 2011, p. 39).

Outros saberes e produções de conhecimento deslocam o lugar da psiquiatria centrada na doença. Invadem-na provocando rupturas, questionamentos, mobilizando os instituídos da loucura. E com isto fragiliza-se, ainda mais, a centralização no tratamento hospitalocêntrico.

Os seus defensores postulam que qualquer terapia jamais será bem sucedida no interior de uma estrutura hospitalar excludora e despersonalizante. Preconiza-se que o doente seja tratado no seu meio, junto com a sua família e outros grupos (através de instituições extra-hospitalares: pós-cura, ambulatório, etc.), de modo a promover a aceitação e integração social do doente mental, em vez da exclusão. (FLEMING *apud* ALVES, 2011, p. 39).

A ideia de cura ainda está presente, o que conota um rastro de visão organicista, mas mobiliza-se a localidade. O hospital psiquiátrico não é somente o responsabilizado no tratamento. O convívio social é considerado como relevante na recuperação do utente. Está instaurado o discurso da inclusão social conectado à desinstitucionalização.

IV.1 -Em Portugal: Psiquiatria de Setor

Portugal acolheu a filosofia da desinstitucionalização relativamente cedo, com a aprovação, em 1963, de uma lei de Saúde Mental, sem que, no entanto, se tenha verificado, como em outros países, uma discussão acalorada sobre o tema ou o surgimento de movimentos anti-manicomiais. A psiquiatria seguia mais a psiquiatria de sector e, por isso, o modelo italiano de Basaglia teve pouca influência. (HESPANHA, 2010, p. 139).

Hespanha observa que esta lei teve pouca repercussão, mobilizou apenas alguns profissionais não-médicos e não alterou a proposta hospitalar em franca atividade. “Esta lei foi inspirada na Psiquiatria de Sector Francesa. Mas na prática, ela não foi implementada, ou melhor, a sua implementação ficou comprometida em vários períodos, apesar de sucessivamente legislada” (ALVES, 2011, p. 49). A bibliografia consultada oferece rastros das dificuldades que a proposta da psiquiatria de setor enfrentou em Portugal.

A Lei de Saúde Mental lançou os princípios reformadores da política de assistência psiquiátrica que até então se praticava – sectorização dos serviços psiquiátricos e criação de Centros de Saúde Mental – com o objetivo de des-hospitalizar a psiquiatria e a levar às comunidades. A implementação desta filosofia tem sofrido importantes desvios relacionados com a grave deficiência em matéria de criação de serviços de apoio à integração na comunidade. (ALVES, 2011, p. 49).

É importante sublinhar que as tentativas de reforma no campo da assistência psiquiátrica ocorreram durante um período histórico marcado por mobilizações sociais e políticas com consequências para a sociedade e o estado e para o campo da saúde em geral, e que pode ajudar a compreender o alcance limitado das tentativas de reforma no domínio da saúde mental. O acontecimento decisivo foi a queda de uma ditadura que durou mais de quatro décadas, e que abriu um processo revolucionário que, apesar da sua curta duração (1974-76), transformou profundamente a sociedade portuguesa e influenciou a subsequente “normalização” democrática.

Portugal conheceu um período de regime autoritário que durou mais de 40 anos (1926 a 1974), uma ditadura que reprimia as tentativas de participações democráticas. Na década de 1970, o país estava em crise, em dificuldades financeiras e com acentuados conflitos sociais, envolvido em guerras com as colônias que, aos poucos, conquistavam sua liberdade. Angola, Moçambique e Guiné-Bissau atentavam para a conquista da emancipação⁷¹. Em 25 de abril de 1974, a democracia é instaurada em Portugal e inicia-se o fim do período colonial português (VIANA, 2010, p. 30). A queda do regime ditatorial ocorreu sem grandes resistências, o governo português se organizou para um Estado democrático e livre. A liberdade soou para as colônias e para Portugal. A música do cantor Zeca Afonso anunciou que a vitória iria começar na madrugada de 25 de abril, o *Dia da Liberdade*. “O segundo sinal é dado às 0h20m, quando a canção *Grândola, Vila Morena* de José Afonso é transmitida pelo programa *Limite*, da Rádio Renascença que confirma o golpe e marca o início das operações”⁷². A música de Zeca Afonso é uma chamada para a vitória da liberdade sobre a ditadura. Uma conquista dos portugueses e para Portugal. Não é à toa que o usuário do TPC escolhe as músicas de Zeca Afonso para o repertório do grupo. Ela é uma convocação, ela marca um período histórico importante. A música de Zeca Afonso é um canto de protesto e de liberdade.

Com a Revolução de 25 de abril de 1974, impõe-se a necessidade de reorganização e de criação de respostas às necessidades sociais de saúde – democratização do acesso onde se verificam grandes desigualdades, visto que as estruturas de saúde mental estavam concentradas nas três grandes cidades do país. (ALVES, 2011, p. 50).

⁷¹ Informações em: <http://www.historiadeportugal.info/25-de-abril-de-1974>.

⁷² Informação acessada em 28 de junho de 2012 no site: http://old.encyclopedia.com.pt/articles.php?article_id=1094.

A formulação do direito à saúde na nova Constituição de 1976 previa a criação de um Serviço Nacional de Saúde, público, universal e gratuito, que abrangeria a saúde mental. Em revisão constitucional realizada em 1989, foi introduzida uma pequena palavra que, de fato, veio a transformar o Serviço Nacional de Saúde num serviço com pagamento, diferenciado em função da renda, da condição de aposentado, ou de portador de certas doenças crônicas. Essa palavra é “tendencialmente”. O acesso à saúde passou a ser “tendencialmente gratuito”, e não “gratuito”, como declarava a Constituição de 1976 (Constituição da República Portuguesa, art^a 64^o). As taxas moderadoras, introduzidas inicialmente com o intuito declarado de “moderar” o recurso aos serviços públicos de saúde - ou seja, de levar as pessoas a recorrerem menos aos serviços em situações em que estes e os seus agentes consideravam esse recurso desnecessário, como é o caso de atendimentos em serviços de urgência -, transformou-se em pagamento, uma parcela crescente dos custos da atenção em saúde.

Ao longo desse processo, o que sucedeu no domínio da saúde mental?

A perspectiva preconizada pela psiquiatria de setor segue em seu percurso ancorando-se prioritariamente na criação de leis, o que no campo de ações teve pouca ressonância. Os hospitais psiquiátricos ainda ocupavam o lugar central dos tratamentos em saúde mental.

Em 1976, um documento elaborado pelo IAP⁷³ e por um grupo de trabalho da zona Centro avaliava assim a situação dos serviços de saúde mental: ‘os Serviços de Saúde Mental, como tal, isto é, orientados para a promoção da saúde e não apenas para o tratamento da doença, têm sido entre nós, praticamente inexistentes. Os serviços do IAP praticam em regra uma psiquiatria passiva, centrada no médico, que ainda alheio a todo o tipo de trabalho em equipa vem actuando dentro de uma pseudo auto-suficiência centralizadora, quer nos dispensários quer nas grandes unidades hospitalares psiquiátricas, onde, por consequência, se vão acumulando os alienados’. (IAP *apud* ALVES, 2011, p. 50).

As críticas dos trabalhadores de saúde mental em campo denunciavam que as leis adotadas não refletiam nas práticas. Se a proposta da Psiquiatria de Setor era uma atuação descentralizada, voltada para atendimentos locais, o que acontecia era o

⁷³ IAP- Instituto de Assistência Psiquiátrica (1976). Bases Gerais da Integração dos Serviços de Saúde Mental no Serviço Nacional de Saúde. Porto: Edição do Instituto de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte.

tratamento ancorado na figura do médico, o que comprometia a proposta de trabalho em equipe. Neste cenário, havia os grandes hospitais psiquiátricos como suporte deste modo de funcionamento. O hospital serviria às unidades de serviços, mas estas seriam distribuídas pelo território. A proposta não era a de acabar com os hospitais psiquiátricos, mas o atendimento seria descentralizado. Isto foi um diferencial do que aconteceu com a Reforma Psiquiátrica Italiana que repercutiu no Brasil. Posteriormente, discutiremos esta outra abordagem.

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979 (VIANA, 2010, p. 74), algumas iniciativas voltaram-se para o campo da saúde mental na perspectiva da setorização. Este era o norte ao qual os esforços se voltavam. Um dos objetivos era fazer com que os serviços chegassem às comunidades. Evidenciam-se os esforços organizados para atendimento comunitário a toda a população, é criado, em 1979, o Serviço Nacional de Saúde.

A Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde [...] para assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição. O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras [...] estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, e dispendo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas). (Portal do Ministério da Saúde - Portugal)⁷⁴.

Este modo de funcionamento vigora até o presente, como pude verificar em estágio doutoral. Cabe destacar que aos atendimentos nos serviços públicos atribuem-se pagamentos de uma pequena taxa. Utilizei o serviço em Coimbra e paguei cerca de dois euros pelo atendimento. A saúde então é democratizada, porém a gratuidade não é obrigatória. A tentativa de universalidade no atendimento em saúde teve nesta lei um

⁷⁴ Texto *on line*, acesso em 17 de abril de 2012 no site: <http://www.min-saude.pt/portal>.

reforço, porém a não gratuidade aos atendimentos não previa a crise atual em que se encontra o país.⁷⁵

Em saúde mental, a promulgação da lei acima citada prevê a importância dos hospitais, mantendo a lógica da necessidade de hospitais psiquiátricos em Portugal. A proposta é oferecer um atendimento adequado, mas não prescindindo da hospitalização. O objetivo é tratar o utente, mas a internação não é descartada, não é algo a ser preterido.

Qual seria a amplitude desta descentralização proposta, já que o domínio do modelo biomédico, a ausência do trabalho em equipe e a manutenção dos hospitais psiquiátricos se mantinha?

Em saúde mental, as tentativas incentivadas pela criação de leis continuavam. A inserção social dos usuários, contudo, só seria possível se estas fossem implementadas.

No período entre 1984 e 1990, a Lei de Saúde Mental (LSM) foi retomada e revista. Neste período, as mudanças propostas tiveram afinidades com o modelo seguido no Brasil, que abordaremos posteriormente. O sentido de descentralização ganha reforços. As complementações da LSM incluem “a criação de uma rede de serviços comunitários, [...] o incremento de unidades de psiquiatria em hospitais gerais, o desenvolvimento de programas de reabilitação e desinstitucionalização de doentes crônicos e o estabelecimento de cooperação com instituições privadas” (ALVES, 2011, p. 50). Reconhece-se aí uma diferença do modelo brasileiro, os serviços são desde o início compartilhados com as corporações privadas. As críticas encontradas na bibliografia consultada e também presentes nas entrevistas com os profissionais apontam algumas dificuldades para implementação destas leis, despachos e decretos nas práticas dos serviços. Veremos em tópico posterior quais as opiniões dos trabalhadores de saúde mental que entrevistamos em Coimbra e Porto.

Ainda sobre o período entre 1985 e 1990, Alves acrescenta:

⁷⁵ No contexto atual de crise, o memorando de entendimento entre o governo português e a chamada troika (União Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional), que concede ao país ajuda financeira em troca de austeridade e políticas recessivas, fez crescer essa parcela. Há estimativas de que ela atinja já mais de um terço das despesas de saúde que têm de ser pagas pelos próprios usuários, não sendo cobertas pelo Serviço Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo cresce rapidamente a prestação privada de cuidados de saúde, e a gestão de unidades de saúde está sendo entregue a entidades privadas, concomitantemente sendo encerradas unidades locais de saúde em regiões com uma população pouco numerosa e envelhecida, principalmente. Para além da racionalização dos recursos e dos custos impostos pela política de austeridade, o que parece estar acontecendo é um aproveitamento da crise para a redução do setor público da saúde e sua privatização, mesmo que parcial. Para informações, acessar: <http://www.observaport.org/rp2011>.

Este é um período em que sucessivas legislações novamente definem a aproximação da psiquiatria à comunidade pela desinstitucionalização e integração dos cuidados. As proliferações destas determinações legais é esclarecedora sobre a sua não implementação na prática, apesar de (e por isso) sucessivamente legislada. (2011, p. 50).

A sequência de tentativas legais para a implementação das diretrizes inspiradas na psiquiatria de setor foram tão frequentes que priorizamos algumas, deixando indicação das referências bibliográficas que permitem o aprofundamento do tema. Várias leis foram criadas com o intuito de fazer valer o que um grupo acreditava ser o modo de atendimento mais adequado. Porém, não aconteceu a adesão, mesmo que conflituosamente, da ideia descentralizadora. Não houve o contágio amplo desta ideia entre profissionais, familiares e utentes dos serviços. As conexões que se agenciaram não produziram a tão almejada descentralização. Mas algumas modificações se processaram, valendo a pena destacar as seguintes:

A integração da saúde mental nos serviços de saúde foi finalmente decidida em 1992. O decreto-lei n. 127/92, de 03 de Julho, extinguiu os centros de saúde mental e os centros de saúde mental infanto-juvenis, integrando-os nos hospitais gerais centrais e distritais (Portaria n. 750/92, de 1 de agosto). Desde esta altura quase todos os hospitais têm departamentos psiquiátricos e serviço de urgência psiquiátrica. (ALVES, 2011, p. 51).

Uma tentativa de descentralização, pulverizando a questão da saúde mental, agregando-a a outros serviços de saúde, parece-nos uma estratégia pertinente para extinguir os conteúdos segregatórios referenciados aos serviços especializados nesta área. Saúde mental faz parte da saúde. Isto é explicitado também neste decreto-lei. Mas houve resistência, Alves a direciona à psiquiatria portuguesa:

Significativo da resistência que a psiquiatria portuguesa sempre conseguiu oferecer, com sucesso, à definição legal da reforma psiquiátrica no sentido da desinstitucionalização, é o facto de esta decisão governamental ter sido fortemente contestada pela profissão psiquiátrica e suas associações com o argumento de que a psiquiatria nos hospitais gerais significava um retrocesso na medida em que reforçava a institucionalização. A classe que contestou esta integração aceitou, no entanto, que os grandes hospitais psiquiátricos continuassem a existir. (ALVES, 2011, p. 51).

Nesta citação, a classe profissional dos psiquiatras recebe crítica, sendo responsabilizada pela dificuldade de implementação das reformas na saúde mental. Segue-se a lógica de que não houve contágio dos ideais reformadores por outros profissionais, utentes e familiares. E tendo em vista que estas conexões não se estabilizaram e não fortaleceram as prerrogativas da desinstitucionalização, de quais segmentos poderiam surgir as críticas? Dos próprios responsáveis pela centralização do poder? Considerando que a centralização do poder médico-psiquiátrico tinha estabilização suficiente para instituir certas práticas, entende-se que o modelo biomédico servia de base às decisões, e as opiniões nele fundadas eram respeitadas. Evidencia-se para nós que os sons das outras vozes não estavam sendo ouvidos. Não que eles não existissem, mas não ecoavam. O peso dos hospitais, o isolamento das estruturas, o sofrimento dos usuários e também dos profissionais se coadunavam com as clausuras de suas vozes. O modelo manicomial impõe muros que se perpetuam nos modos de funcionamento. Eles podem até deixar de existir enquanto tijolos, mas as pessoas que sofrem seus efeitos, tanto usuários quanto profissionais e familiares, podem levar o isolamento para seus modos de pensar e atuar. E a liberdade deles fica associada ao poder do outro, ao poder de quem acredita curar, quem acredita no “saber-sobre” o outro e aposta ser o detentor da razão. Para evitar estes transtornos psicossociais-culturais-afetivos é necessário o contágio de uma saúde chamada liberdade: para falar, ouvir, discordar, sentir e para conquistar soluções que contemplem a todos. Porque saúde mental é um problema para todos solucionarem. É uma decisão sobre a vida de quem cuida, de quem é cuidado e também de quem convive. As críticas podem se concentrar para a busca de soluções em conjunto. Mas há que se ouvir todas as vozes, para que a harmonia possa ser organizada a contento. Apostar ou não nos hospitais psiquiátricos como solução dos problemas é somente parte da discussão que deve ser debatida e compartilhada por todos os segmentos envolvidos em saúde e cuidados.

Apesar das várias tentativas políticas, a adopção da filosofia da psiquiatria centrada na comunidade falhou, malgrado recomendações internacionais e a pressão de alguns grupos minoritários dentro e fora do sistema. [...] Estas contradições ou ‘descoincidências’ que permeiam a Política de Saúde Mental portuguesa entre o que está legalmente definido e o que realmente vigora e orienta as práticas traduz a tolerância aos interesses corporativos que tem pautado a actuação do Estado. (ALVES, 2011, p. 51).

Esta citação traduz um inconformismo, o que nos conforta quanto às críticas necessárias a um diálogo para que as forças sejam mobilizadas. Mas ao mesmo tempo, ela trata de tolerância a interesses corporativos. Quais os outros corporativismos produzidos que não estão visíveis? Quais as outras forças que podem ser acessadas e que se encontram enfraquecidas? A autora cita grupos minoritários. Também nas entrevistas ouvi insatisfações de alguns profissionais. Mas a quem cabe a virada, a resistência, a mobilização? Cabe ao Estado? Aos psiquiatras? Pelo que entendi estes estão com suas conexões estabilizadas e visíveis e detêm o poder de decisões. As leis são imprescindíveis para as mudanças, mas e o contágio? E as outras conexões políticas, as micropolíticas, as vozes insatisfeitas?

Tive a experiência de proferir uma secção letiva para alunos de enfermagem do curso de mestrado em saúde mental de Coimbra, na qual falei sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Percebi a dificuldade dos alunos em compreender a possibilidade de inserção social calcada na extinção dos hospitais psiquiátricos. Eles admitiam os hospitais como partes indelévels do processo. Eu sugeri que eles se desprendessem desta premissa para entenderem outros modos de ver e atuar em saúde mental. Não cabe aqui uma crença no que seja melhor, ter ou não hospitais psiquiátricos, mas quais as vozes que estão sendo ouvidas.

Os usuários defendem a continuação dos hospitais psiquiátricos? Os familiares os defendem? E os profissionais não-médicos, o que têm a dizer?

As iniciativas de desconstrução do modelo manicomial no Brasil começaram pelos profissionais, residentes e outros que discordaram dos modos de funcionamento dos hospícios e começaram uma discussão política num movimento que deflagrou a Reforma Psiquiátrica no Brasil (AMARANTE, 1995). Não basta assumir um discurso como o veredito sobre os tratamentos, cabe refazê-los e debatê-los ao som das vozes, conflituais ou não, e mesmo assim, propondo o diálogo.

Em toda a discussão, a dicotomia entre algozes e vítimas leva a excentricidade das certezas, para nós dispensáveis. Nossa proposta não é dizer que o modelo do Brasil se sobrepõe ao modelo português. Nosso intuito aqui é promover a discussão sobre como as noções, práticas, implementação ou não de serviços e estabilização de conexões devem constituir um processo de contágio. E isto pode interessar a todos os envolvidos. Rizomaticamente, pode-se fazer desmontar grandes estruturas tomadas como verdades instituídas e estabelecidas. Os muros dos hospícios podem se propagar ou dissolverem-se a partir das conexões de cada *actante* destas redes. As vozes podem

soar em ondas e promulgar a liberdade. E esta será para todos, os que concordam, os que discordam, os que querem manter e os que querem desconstruir os muros manicomiais. Não basta culpabilizar o psiquiatra, o familiar, o Estado, o utente, ou o quadro nosológico. Trata-se de desestabilizar o existente para poder abrir espaços novos de possibilidades. Provocando as linhas de fuga, os desvios, os deslocamentos, com as participações de todos os envolvidos. Assim, as redes se burilam mais fortemente e as conexões se modificam, criando outras possibilidades, outros devires, outros serviços, outros modos de atuar e pensar em saúde mental. Os modos criados no Brasil são diferentes, é claro. Estamos em outro país, com outras lógicas de funcionamento, outras redes, realidades sendo produzidas diferentemente.

Em Portugal, podem e devem-se criar outras redes diversificadas, outras possibilidades de atuar, sobre as quais, principalmente, quem está nas práticas imediatas pode inferir, opinar, mudar. Quem sente na pele pode falar de sua dor, quem labuta pode falar do que faz e como o faz, e de suas satisfações ou insatisfações. Quem está no serviço acredita e percebe o que é melhor a ser feito e pode falar sobre isto. Quem está insatisfeito pode contribuir, agenciar-se, conectar-se e modificar as redes. Não há previsibilidade nisto, mas há luta, e onde há luta, há vitórias. É do recontro entre as forças pró e contra os diferentes modos de funcionamento que poderão surgir outros modos de olhar e atuar em saúde mental. Se é necessário polir as lentes, parodiando Espinosa, pensamos que é necessário também fazer as lentes e usá-las. Acreditamos que não há fórmula, não há modelo, não há modos de pensar diferenciados que prescindam do embate, do contágio de ideais, de ideias e de fazeres, de saberes e de não-saberes. Talvez eleger os vilões seja mais fácil do que enfrentá-los. Mais isto também faz parte da luta e do engajamento político.

A resistência da classe médica à integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários prende-se, em grande parte, com a relação entre serviços públicos e privados que tem sido apelidada de 'promíscua', dada a não regulação da possibilidade de os profissionais poderem trabalhar simultaneamente em ambos, exercendo desta forma interesses que podem também ser conflituais e não apenas complementares. A divisão do tipo de trabalho entre serviços públicos e privados ilustra este fenómeno. (ALVES, 2011, p. 52).

É interessante observar as críticas e resistências à lógica do capitalismo mesmo quando ele se impõe de um modo que parece definitivo. Há interesses econômicos e

financeiros nestas redes. A discussão sobre a saúde enquanto bem de consumo ou enquanto direito é profícua e imprescindível.

Há outros modos de atuar em meio aos imperativos financeiros em tempos de crise? Esta é uma pergunta que não pode ser agora respondida, mas a crítica está aí. Na citação anterior, evidencia-se a necessidade de se trabalhar em instâncias públicas e privadas ao mesmo tempo. De quem seria a responsabilidade por esta situação? Há conflitos a serem demarcados localmente, a cada incursão de novos *actantes*. Esta perspectiva não é homogênea. As redes são voláteis também por interesses. E estes, visíveis ou não, estão presentes. Podemos identificar nesta citação rastros de um inconformismo com algo aparentemente instituído, a conexão entre serviços públicos e privados em saúde mental. Estes macro entendimentos não bastam, a referência aos médicos só conota que eles estão no centro das redes e que outras vozes devem se associar para fazer soar mais alto seus dizeres, embalando os hinos das modificações necessárias para atender as necessidades dos utentes, dos familiares e dos profissionais. Engajar-se politicamente pode não significar filiação partidária, mas nos parece importante o posicionamento diante das relações mais imediatas de poder, assumindo que as grandes transformações estão presentes nas ações mais simples, no quotidiano dos serviços, e partem das convivências.

Todas as tentativas de mudança até o presente não foram em vão, e não serão necessariamente enfraquecidas. As leis são materialidades importantes e, somadas às iniciativas e a outros interesses, podem ajudar às conquistas no processo de desinstitucionalização.

Familiares entraram em cena, também tentam e querem o melhor para os seus parentes, eles contribuem para o processo e são parte importante deste.

No que respeita aos serviços comunitários, estes últimos trinta anos durante os quais a tendência para a não-institucionalização de novos pacientes (suportada pela solidariedade primária da família e não pela efectiva implementação de uma política de base comunitária que exigia a criação de dinâmicas comunitárias que não potenciassem a inserção social das pessoas com doença mental) teve lugar juntamente com a manutenção de doentes crónicos de evolução prolongada que permanecia nos hospitais, os Governos não se preocupavam em criar serviços comunitários. (ALVES, 2011, p. 52).

Evidencia-se a responsabilização do Governo na criação de serviços comunitários. O governo foi o agenciador da criação de leis que estabeleciam a criação

destes serviços, mas que forças podem pressioná-lo à implementação? Conexões financeiras? Pressões de outros segmentos da sociedade civil organizada? Profissionais reivindicando? Familiares se associando? O que mais pode ser inventado para quebrar a lógica do despotismo das soluções prontas e referenciadas a um agente isolado? Onde estão as brechas para dissolver estes constructos? Onde estão os focos de mobilizações? Eles existem. A citação acima é um efeito que nós aqui estamos repercutindo. Isto é uma voz que a muitas outras deve se somar para provocar transformações que ratifiquem todas essas leis que esclarecem as diretrizes. As pressões é que mobilizam, o conflito de interesses, as conexões com novos *actantes*, as traduções, as recalcitrâncias, isto tudo é necessário para mobilizar, burilar e provocar desvios. Estes nem sempre são previsíveis, mas isto faz parte do processo. Se os serviços comunitários já foram apontados como uma diretriz, os diretamente interessados na sua criação e desenvolvimento deverão acionar as forças que puderem ser mobilizadas nesse sentido.

Cabe destacar a década de 1990 como um período em que se agenciaram várias iniciativas no sentido de integração da saúde mental com outros segmentos e também de criação de novos serviços. Esta década demonstra uma organização explicitada dos horizontes a serem conquistados no campo da saúde mental. Em 1994, houve a nomeação pelo Director-Geral da Saúde de uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM). Esta formou grupos de trabalhos engajados em formatar as diretrizes da saúde mental para o país. Buscava-se uma congruência do “sistema existente com o novo quadro dos serviços de saúde baseados na regionalização e na criação de unidades de saúde” (ALVES, 2011, p. 52-53). Destes grupos surgiu um relatório (1995), intitulado “Princípios de Organização dos Serviços de Saúde Mental – Saúde Mental: Proposta de Mudança” (ALVES, 2011, p. 53). Os princípios organizacionais que deverão estar contidos em todos os serviços de saúde mental, segundo Alves (2011, p. 53) são:

- Sectorização, que garanta a responsabilização pelos cuidados prestados em cada unidade geodemográfica;
- Continuidade de cuidados;
- Desenvolvimento de cuidados a nível da comunidade;
- Diversificação e coordenação comum dos dispositivos que integram a rede de serviços de cada sector;

- Articulação funcional dos serviços especializados de saúde mental com os outros serviços de saúde;
- Reestruturação da hospitalização psiquiátrica, no sentido da hospitalização dos doentes agudos nos hospitais gerais e na criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada e
- Envolvimento de pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de saúde mental.

Este é o desenho da nova política de saúde mental em Portugal. Todas as tentativas que se seguiram balizaram-se nestas proposições. Havia a disposição para aproximar e integrar a saúde mental nos serviços de saúde geral. A preocupação dos atendimentos serem distribuídos pelo país ajudou a agregar os interesses para que descentralizassem os serviços, levando cuidados a toda a população. Alves (2011, p. 53) enumera as propostas do modelo organizacional:

- Criação de dispositivos de saúde mental nas unidades de saúde para uma área geodemográfica de 250.000 habitantes.
- Criação de unidades de saúde mental infanto-juvenis nas unidades de saúde respeitando o mesmo rácio.
- Criação de serviços a nível regional capazes de apoiar os serviços locais implantados em cada unidade de saúde, e ainda os Centros Regionais de Alcoologia (a nível regional estes serviços deverão incluir também serviços de psiquiatria forense, de psicogeriatría e de toxicodependência).

O esforço de organização destes grupos de trabalho incidiu sobre os princípios da Psiquiatria de Setor, organizando as diretrizes, o que incrementou a reformulação das argumentações e permitiu que fossem atualizadas as problemáticas. Muitas dessas premissas estão presentes nos programas de saúde mental brasileiros. Posteriormente trataremos das afinidades e diferenças entre os dois modelos.

Ao final da década de 1990, o governo português promulgou uma nova Lei de Saúde Mental. Publicada em 24 de julho de 1998 (Lei n. 36/98), ela propõe a descentralização dos hospitais em serviços na comunidade, sendo estes “a base do sistema nacional de saúde mental [...]. A verdade é que não foram criados serviços locais de saúde mental [...] sendo os doentes e suas famílias sujeitos a um processo errático de desinstitucionalização” (HESPANHA, 2010, p. 139).

As críticas estão presentes, elas falam de uma não apropriação e/ou responsabilização governamental pelos utentes, mas ao mesmo tempo, escrevem sobre as leis promulgadas. O que mais poderia fazer o governo, sem muita pressão popular, além de criar leis? A criação de serviços nos parece uma resposta razoável a esta pergunta, mas não a compreendemos como suficiente. Os serviços a serem criados e a insistência aos ideais libertadores das práticas manicomiais devem ser uma conquista dos diretamente interessados. Acreditamos que os direitos só serão efetivamente assegurados e viabilizados quando houver esta pressão política organizada e fortalecida.

Com relação aos utentes com histórico de muitos anos de internação em hospitais psiquiátricos, o governo português propôs também em 1998:

O enquadramento legal para a criação de dispositivos residenciais que operem no âmbito da desinstitucionalização e inserção comunitária (fórum ocupacional; unidade de vida protegida; unidade de vida autónoma). Até então, só muito incipientemente se tinha assistido à criação de respostas não médicas como sejam a reabilitação/inserção profissional e residencial. (ALVES, 2011, p. 54).

Interessante observar que o processo de desinstitucionalização requer um investimento em dispositivos de retomada de hábitos diários dos utentes que ficam muito tempo internados. Perdem-se os referenciais que antes abarcavam autonomia e segurança. A institucionalização dos hábitos imobiliza o utente para a vida fora da hospital. Muitas vezes ele fica tão alienado que precisa reaprender a lidar com dinheiro, andar pelas ruas, entrar e sair dos ambientes. Ele se desacostuma a viver fora dos muros hospitalares e as propostas antimanicomiais não podem prescindir deste cuidado. A volta ao lar e/ou outras comunidades deve contar com um trabalho das equipes de cuidado. O sorriso na face, a alegria de estar de novo entre os outros, como todos. Andar sozinho, pegar autocarro (ônibus), deslocar-se no território, descobrir lugares e interagir com pessoas. Para qualquer pessoa não asilada, estas atividades da vida diária podem parecer banais, mas para quem viveu anos de segregação, isolamento e torturas manicomiais, assemelha-se a voltar a viver.

O governo português investiu em proposta de geração de renda e emprego para os utentes, “também se criaram programas no âmbito do mercado social de emprego, que se constituem como a principal resposta do Estado neste âmbito. A Portaria n. 348-A, de 18 de Junho de 1998, vem criar a medida de Empresas de Inserção dirigidas a

“pessoas com doença mental” (ALVES, 2011, p. 54). Esforços semelhantes foram desenvolvidos no Brasil. Cabe lembrar que o ex-baterista do TPC que tocava Bossa Nova participava de um destes projetos de geração de renda e emprego. Viabilizar a obtenção de emprego é um passo largo no resgate de liberdade para o institucionalizado e também previne a institucionalização dos que utilizam os serviços como iniciantes. Se isto não acontecer, se a única opção de tratamento for o hospital psiquiátrico, não há outra saída além da institucionalização. Isto ocorreu no Brasil por décadas, mas a Reforma Psiquiátrica veio tentar modificar esta lógica excludente. Em Portugal, também foram criados outros modos de inserir socialmente os utentes já com trajetória de institucionalização, as chamadas “famílias de acolhimento”. Esta peculiaridade traz uma perspectiva de convivência em comunidades compartilhando espaços e dinâmicas familiares. “Trata-se de um recurso temporário ou de longo prazo. As suas potencialidades são sobretudo económicas (baixo custo comparativamente com outras soluções), para além da característica de flexibilidade que lhes permite dinamizar sistemas de apoio natural, integrados na comunidade”. (ALVES, 2011, p. 55).

Além destas iniciativas e investimentos governamentais, Alves cita a presença de associações de utentes.

A sociedade civil secundária tem corporificado algumas responsabilidades sociais, nomeadamente pela organização de equipamentos sociais. Mas as associações que se foram desenvolvendo a nível da doença mental são relativamente recentes e a sua acção, se bem que importante, não responde de uma forma sistemática às necessidades. (ALVES, 2011, p. 55).

Ela complementa que os serviços que as associações engendram vêm tamponar o que o governo não comporta, mas insere que as atividades das associações não abarcam todo o país. Ainda acrescenta: “a capacidade reivindicativa e de pressão desta categoria da população (doentes mentais) é praticamente inexistente, porque silenciada, através do modelo médico de naturalização e individualização do fenómeno, que impede a sua percepção enquanto problema social” (ALVES, 2011, p. 55). A quem cabe a transformação da lógica excludente manicomial? Ao governo, a iniciativa privada, ao usuário, ao familiar ou aos profissionais? Estar insatisfeito é uma possibilidade. Reclamar, apontar erros, identificar falhas e eleger culpados é uma posição. Ao invés de olharmos estas organizações como insuficientes, preferimos retê-las como importantes

conexões que podem agenciar interesses de quem utiliza os serviços. Compreendemos que associações de usuários, profissionais e amigos de serviços de saúde mental podem se transformar em agentes mobilizadores de muitas forças, agregar interesses a quem interessa e de quem se interessa. A fala do usuário e do familiar não vai ser substituída por decreto-lei nenhum. Como nos disse um dos entrevistados: “O relato do familiar é insubstituível” (José Morgado, entrevista em 15/06/2011). É importante ouvir esta fala. E mesmo que as associações ainda não abarquem todo o território, temos que congratular-nos porque elas conquistaram uma existência e produzem discussões pertinentes. Identificamos associações de utentes e afins como um importante dispositivo de mobilização política, em todos os seus termos associados. A reivindicação surge quando as insatisfações encontram eco e, para isto, é necessário amplificar esta voz. O profissional de saúde mental, o pesquisador, o familiar podem ajudar a ampliar esta voz, mas a voz do utente não pode ser substituída por qualquer outra. É dele.

Este aspecto é bem ilustrado por uma entrevista feita com um familiar participante da Associação VIME (Viver Melhor) de Portugal, que tem passado por dificuldades desde início de 2008:

“Percebi que os familiares não são bem informados. Resolvemos ter associação para trocar experiências. Teve palestras de informação sobre temáticas várias, sexualidade, medicamento, segurança social, com profissionais qualificados. Programas em rádios, Ministério da Saúde, do Trabalho, com comissários da polícia, com a delegação de saúde. Pedimos policiais não fardados em carros não identificados. A Associação conquistou isto. Isto era menos traumático. Voluntários ajudaram: médicos, psicólogas, psiquiatras, familiares. Durou aproximadamente 9 anos. [...] Planejamos uma casa para atividades de vida diária, quase conseguimos a verba. A Associação está enfraquecida. Esta associação construiu uma casa, compraram e reformaram para ser um lar para saúde mental. Papel fundamental era contato com familiares, informação. Tem estatuto e aprovaram na Seguridade Social. Há um centro de saúde de cuidados primários, ligação com as pessoas, com as famílias. Saúde básica, cuidados básicos de saúde. A Associação teve apoio de escola superior de enfermagem. Estagiárias para levantamento de pessoas com problemas de saúde mental nas famílias. Avaliação clínica social das famílias. Disponibilizaram uma sala para a VIME. [...] O projeto não continuou. Acabou este projeto no ano de 2003/2004 [...] Tinham 160/170 participantes na associação. Seguiam os objetivos com qualidade. E isto

cativou vários profissionais”. (Carlos Araújo⁷⁶, entrevista em 15/06/2011).

Pensamos que existam muitas dificuldades para lidar com os problemas em políticas de saúde mental em Portugal tanto quanto acontecem no Brasil, mas destacamos este relato do familiar para ratificar a posição de que existem tentativas, buscas, investimentos direcionados às soluções das dificuldades. Identificamos que as Associações devam ser potencializadas, articuladas, fortalecidas por todos os interessados em transformar as realidades até então produzidas, inferindo outros modos de ver, atuar e somar aos enfraquecidos na luta. Para que se consiga reverter tanto o sentimento de que não se pode fazer nada, quanto a percepção de que nada está sendo feito para melhorar. Ainda existe um discurso recorrente em saúde mental, o de que não se faz nada para mudar. Há que se buscar as linhas de fuga, os rastros das conexões desviantes, os efeitos, mesmo que aparentemente pequenos, das redes que agregam as tentativas de melhorar. Esta é a luta. E ela está em curso.

Alves associa a crítica às decisões governamentais com o engajamento das famílias:

O Estado usa as famílias como recurso da implementação da psiquiatria comunitária desinstitucionalizante, na qualidade de ‘substitutas’ das estruturas extra-hospitalares (não existentes), e não como parceiros da estratégia terapêutica e de reabilitação. Não há diálogo, nem troca, mas transferência de tutela. O doente deixa de estar sob a responsabilidade do hospital e passa para a família. (ALVES, 2011, p. 55).

A quem cabe mudar esta situação? Dizer que as associações estão enfraquecidas e/ou culpabilizar o Estado nos parece uma atitude paralisante. A nós interessa problematizar: quais são os deslocamentos possíveis a essa lógica? Quais são os desvios? Onde estão as linhas de fuga? Quais conexões estão sendo agenciadas localmente nestas relações? E os usuários/utentes, o que pensam sobre isto?

Um discurso uniforme e homogêneo também encerra respostas prontas. A nós interessam as possibilidades de mobilizações. Elas estão presentes. Apontamos as associações como redes importantes. Cabe apostar nestas e em outras iniciativas que promovam as vozes dos utentes, para ouvir deles as soluções, apontar caminhos,

⁷⁶ Familiar de utente dos serviços de saúde mental em Portugal que exerceu a função de presidente da VIME. Tivemos autorização expressa para constar aqui seu nome original.

vislumbrar saídas dos muros manicomialis. Alves ratifica seu ponto de vista com a seguinte afirmação: “Portugal desinstitucionalizou os seus doentes mentais sem criar estruturas comunitárias, para o que se apoia na solidariedade da família. Ou seja, Portugal ‘trans-institucionalizou’ os seus doentes mentais na família” (ALVES, 2011, p. 56). A questão que colocamos é: o que os utentes prefeririam, estar em serviços comunitários ou em ambientes familiares? Esta foi uma decisão do governo somente? Que *actantes* se agregaram para compor esta estabilização? Para esta assertiva ser coerente, é necessário que muitos *actantes* tenham se conectado. As famílias estão satisfeitas? Os usuários corroboram? A autora citada reivindica a criação de serviços comunitários, com o que concordamos. Contudo, entendemos que as materializações são produzidas conectando-se interesses, ações, humanos e não-humanos. Resta saber quais são os *actantes* conectados nestas redes para a produção destes efeitos. E seguem-se as leis...

Já em pleno século XXI um novo plano de ação foi criado, propondo uma reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Este plano reconfigura a constituição dos hospitais. Um plano de mobilização institucional, no qual se redistribuíram as unidades e alguns pacientes foram removidos e transportados. O Plano de Acção para 2007-2016, assim chamado, foi aprovado em 2007 e ainda está em execução.

Este Plano parte de uma estrutura de serviços públicos constituída por seis Hospitais Psiquiátricos (dois em Lisboa, três em Coimbra e um no Porto), por três Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência (nestas três cidades) e trinta Serviços Locais de Saúde Mental, quatro deles sem internamento próprio, internados em Hospitais Gerais e disseminados por todo o país [...] e de serviços privados constituídos por três instituições. (HESPANHA, 2010, p. 140).

Inferimos que uma mudança substancial nos modos de lidar com os utentes de serviços de saúde mental não caberia somente nos muros institucionais e instituídos da loucura. Mas entendemos que certas mudanças podem ser conectadas a instâncias de poder instituídos e a processos instituintes, ligados a mobilizações ou intervenções de ativistas e/ou de profissionais. Isto requer tanto procedimentos governamentais quanto mobilizações político-ativistas.

IV.1.2-Rastros das conexões em entrevistas

Foram entrevistados dois psiquiatras, uma enfermeira e um familiar atuante em associação de utentes em Portugal, no período do estágio de doutoramento no Centro de Estudos Sociais (CES) de Coimbra. As perguntas foram formuladas durante as entrevistas. O entrevistado poderia falar de sua experiência na área da saúde mental e sobre outros temas que considerasse pertinentes. Os contatos com eles foram estabelecidos num encontro⁷⁷ de saúde mental que aconteceu no CES.

As falas dos profissionais de saúde mental entrevistados apresentam dissonâncias quanto à ideia de que o modelo organicista biomédico dificultou ou facilitou a implantação de serviços propostos que as leis já promulgadas se esmeraram para instituir. Com relação a esta questão, pensamos que os comprometimentos e dificuldades também se conectam à crise financeira que o país atravessa.

Uma das profissionais que atua no campo da saúde mental identificou uma implementação bem sucedida, segundo ela, dos pressupostos da política de saúde mental em Portugal, uma experiência na localidade de Viseu, na Região centro de Portugal:

“O Plano Nacional de Saúde Mental prevê o que tem em Viseu, uma equipe multidisciplinar responsável por um setor geográfico, com serviço de internamento, ambulatório, apoio domiciliário e programas de apoio a emprego. Em paralelo a rede nacional de cuidados continuados e integrados em saúde mental que saiu em 2010. A lei, o despacho que prevê vários tipos de estruturas de apoios domiciliários, residências de vários tipos e também equipe de apoios domiciliários e centros de apoios ocupacionais com apoio ao emprego. Para os doentes melhores. Não é pra ficar internado. Em Viseu existem instituições privadas com subvenção pública que se articulam com o serviço de psiquiatria e dão apoio aos utentes. Procure a ASSOL- Associação de Solidariedade Social de Lafões, fica perto de Viseu. Emprego protegido- empresa ou posto que pressupõe supervisão continuada”. (Luisa Brito⁷⁸, entrevista em 27/06/2011, Coimbra).

A fala da entrevistada já aponta uma dissonância em relação à posição de que as proposições descentralizadora e comunitária não estariam ocorrendo localmente no território português. Esta doutora em enfermagem também apontou para a entrada de profissionais não-médicos nestas ações, o que vem corroborar a perspectiva de que em

⁷⁷ Encontro intitulado: “Nos limites da loucura: estigma, vivências e terapias, organizado pelo Núcleo de Estudos sobre Ciência, Economia e Sociedade (NECES) e pelo Núcleo de Estudos sobre Políticas Sociais, Trabalho e Desigualdades (POSTRADE). Realizado no dia 07 de junho de 2011, no âmbito do Ciclo Saberes em Diálogo.

⁷⁸ Enfermeira, mestre em psiquiatria e saúde mental no Porto, mestrado transdisciplinar e doutora em Enfermagem pela Universidade de Lisboa.

equipes com diferentes abordagens profissionais podem-se produzir efeitos diferenciados. Atente-se também aos agenciamentos com instituição privada e associação. Rastros de que as conexões avançaram para outras linhas, não somente a biomédica.

Para situar melhor as passagens históricas da saúde mental em Portugal, identificando seus efeitos sobre as pessoas, interesses e serviços diretamente envolvidos nestas práticas, destacamos das entrevistas alguns comentários e os organizamos por temas: Psiquiatria de Setor, Reforma Psiquiátrica e Atividades artístico-musicais em saúde mental.

Psiquiatria de Setor

Quando cheguei em Portugal, pensava que a política adotada em saúde mental nesse país era a da Reforma Psiquiátrica, na linha das experiências italiana ou brasileira. Surpreendeu-me saber que não foi a corrente predominante.

“Houve uma influência da psiquiatria de setor em França. A partir dos anos 60/70/80 teve influência a setorização, a psiquiatria de setor. Alguns psiquiatras portugueses foram influenciados pelas formações em França. Pós- Guerra em França, centra na ideia de que não é fechar o hospital, mas é de que ele seja um dos componentes. [...] Constituir uma equipe multidisciplinar. Concentrar serviços numa determinada área geográfica, chamou isto de setor, setorização. Há o hospital psiquiátrico e outras unidades. Diferenciadas mas articuladas. Centros de saúde , lares abrigados, centros pós-cura, centros de convivência. O setor passa a ser a entidade que é o centro. Lei de Saúde Mental foi aprovada em 1963, é uma cópia do que aconteceu em França. Foram apenas construídas algumas unidades em número insuficiente. Chegou a haver trinta centros de saúde mental, mas foi insuficiente porque faltaram outras estruturas e os centros sempre tiveram muita dificuldade, falta de recursos materiais e humanos”. (José Morgado⁷⁹, entrevista em 15/06/2011, Coimbra).

Os entrevistados, de modo recorrente, falaram dos serviços implementados e também apontaram críticas.

“Antipsiquiatria nunca entrou em Portugal. O que entrou em Portugal era psiquiatria de setor. Era feito em hospício, isto era um problema. Fazia comunidade mas não sítio. Há um médico psiquiatra que mora em Setubal, foi ele que trouxe a psiquiatria de setor para Portugal. Braulio

⁷⁹ Psiquiatra já aposentado pelo Hospital Sobral Cid, em Coimbra.

de Almeida. A única psiquiatria que entrou em Portugal foi a psiquiatria de setor”. (Rui Mota Cardoso⁸⁰, entrevista em 28/06/2011, Porto).

Mota Cardoso aponta para estas duas correntes que se desenvolveram na Europa, mas localiza a abordagem seguida em Portugal. Quais os *actantes* envolvidos para as produções da psiquiatria de setor em Portugal? O poder continuou centralizado no saber médico-psiquiátrico? A antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica questionam este saber. Nestes processos, outros profissionais entram no cenário e a descentralização vai além de unidades de serviços de saúde mental. Ela invade também as equipas profissionais, desestabilizando o lugar do saber-poder psiquiátrico. As proposições de equipas interdisciplinares, multiprofissionais e transdisciplinares abrem as articulações de saberes para enfoques diferenciados. O saber e não-saber são compartilhados entre todos, com a participação do usuário do serviço como agente importante e imprescindível no próprio tratamento. Em Portugal, através de informações advindas da bibliografia consultada unida aos relatos das entrevistas, pode-se concluir que as deliberações ficaram concentradas no governo, com as materialidades das leis recorrentes e no poder dos médicos-psiquiatras que geriram as decisões nos serviços. Luisa Brito contrapõe:

“A psiquiatria de setor de abordagem francesa foi coisa do passado [...]. Há resquício disto no Sobral Cid, cada pavilhão de homens e de mulheres teria uma certa área geográfica. Mas atualmente está o hospital psiquiátrico e mais nada. E serviços de psiquiatria nos hospitais gerais. Em 2007 saiu um Plano Nacional de Saúde Mental que preconiza que se encerre os hospitais psiquiátricos e que toda a psiquiatria se faça em saúde mental comunitária. Que haja equipas de saúde mental comunitária. Que em hospital geral haja um departamento de psiquiatria. Eles só trabalham dentro de paredes”. (Luisa Brito, entrevista em 27/06/2011).

Há uma crítica pertinente a modos de tratamentos que se encerrem no modelo clínico tradicional, tipo consultório-paciente-médico. Se a proposta do plano de ação português é tratar na comunidade, este modo de atendimento não se aplicaria de modo rígido.

Reforma Psiquiátrica

⁸⁰ Médico pela Universidade do Porto, tendo-se doutorado na especialidade de Psiquiatria. Professor catedrático da Faculdade de Medicina, foi diretor do Serviço de Psicologia Médica da mesma Faculdade.

Esta abordagem em saúde mental foi a adotada no Brasil, principalmente a partir do final da década de 1970. Trataremos desta posteriormente, mas cabe adiantar que a proposta da Reforma Psiquiátrica é acabar com os manicômios/hospitais psiquiátricos e, para isto, criar serviços substitutivos. Seu principal expoente é o italiano Franco Basaglia. José Morgado comenta:

“Basaglia foi mais visto como arauto de uma psiquiatria muito politizada, e os seus trabalhos pouco divulgados. Aqui não tem CAPS. Mais parecidos com os CAPS, são os Hospitais de Dia, que surgiram nos Hospitais Gerais e nos Hospitais Psiquiátricos, e os Centros de Saúde Mental, depois integrados nos Hospitais gerais como departamentos. [...] Os centros de saúde mental foram integrados nos hospitais gerais. Os hospitais-dia surgiram nestas unidades [...] Há retórica no discurso da desinstitucionalização, estes processos são complexos. Antes havia a institucionalização. Deve se perceber em concreto a institucionalização e a desinstitucionalização. Para fugir às retóricas ideológicas. [...] Pessoas foram colocadas nas ruas depois de anos de internação. Sem qualquer alternativa. Isto é violência maior”. (José Morgado, entrevista em 15/06/2011).

Interessante observar que a proposta dos CAPS no Brasil é a de que eles sejam criados longe de hospitais psiquiátricos, o que não aconteceu em Portugal, onde os hospitais-dia⁸¹ foram deliberadamente criados em vinculação de proximidade. No Brasil, propunha-se a distância do hospital para não replicar as práticas manicomialis.

Foi justamente o cunho político da vertente basagliana que alavancou a adesão dos trabalhadores em saúde mental, incentivou as lutas antimanicomiais e contribuiu para o efeito rizomático. Mas entra um contraponto: a mesma crítica que vimos formulada a propósito de Portugal quanto às pessoas ficarem desassistidas acontece no Brasil.

Para tramitarmos por esta discussão, vamos fazer posteriormente um recorte histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira. Mas adiantamos aqui que a crise financeira vivida atualmente pela Europa há muito mais tempo acomete os brasileiros. Os profissionais da saúde mental do Brasil, os governantes, os familiares e os próprios usuários conviveram e ainda convivem com situações deficitárias quanto ao poder aquisitivo, as seguridades e os direitos mínimos à saúde, moradia, segurança, educação. Estão em curso no Brasil mudanças sociais significativas orientadas para redução das

⁸¹ Em Portugal, o hospital-dia é designado hospital de dia.

desigualdades sociais e promoção dos direitos à cidadania, incluindo o direito à saúde. A construção do Sistema Único de Saúde e a criação de redes e movimentos ligados à saúde são contribuições fundamentais para essas mudanças.

Os *actantes* envolvidos nestas mudanças pertencem às redes brasileiras de saúde, e todos temos que lidar com isto em nossas socialidades-materialidades. Muitos usuários abandonados, população moradora das ruas em risco social aparecem como problemas sérios, complexos. Necessitariam de muito mais do que medicamentos ou equipes interdisciplinares para sua sobrevivência. Institucionalizar seria uma violência e, infelizmente, existem outras. Para o contexto português, José Morgado continua indicando fatores de resistência às ideias basaglianas.

“Ocorreu a Revolução de 25 de abril de 1974, quando foi derrubado o regime do Salazar, o Estado Novo. Em 1974 e 1975, quando chegaram a Portugal o Basaglia e outros, os arautos do movimento, houve debates e coisas engraçadas. As expectativas eram as de que os hospitais estavam desatualizados, deveria haver mais profissionais, etc. Neste debate havia queixas dos técnicos. A certa altura, o Basaglia falou que eles não sabiam o quanto isto era vantajoso, ter poucos profissionais para desenvolver a Reforma. As ideias de Basaglia não tiveram muita adesão entre nós”. (José Morgado, entrevista em 15/06/2011).

Observamos o quanto o efeito das palavras pode interferir a ponto de provocar certas reações. Ao contrário dos portugueses, muitos profissionais brasileiros aderiram aos ideais basaglianos. Mas atentamos para o fato dele nunca ter feito no Brasil este comentário acima relatado. Considerando as condições precárias dos trabalhadores deste país, acreditamos que esta expressão de Basaglia também não seria bem vista:

“A psiquiatria basagliana não existe mais. Como movimento não existe mais. Aconteceu na Itália que, com tanto entusiasmo, no primeiro momento eles fecharam os asilos, e agora se criou má vontade, porque eles se tornaram pedintes nas ruas. [...] Na década de 1960 éramos ingênuos. O Basaglia tinha o entusiasmo. Toda a vivência é social. O modelo era que não havia doença. Não podemos abandonar a ideia de que o doente é um doente”. (Rui Mota, entrevista em 28/06/2011).

Os dois psiquiatras entrevistados, um com atuação em Coimbra e o outro no Porto, foram categóricos quanto às críticas ao modelo basagliano de Reforma Psiquiátrica. Estas críticas também existem no Brasil, mas aqui se agenciaram outros *actantes*, e a politização da saúde mental, ao invés de promover uma resistência, foi o

que mais proporcionou a adesão à Reforma. Saboreamos o entusiasmo de trabalhar para acabar com os hospitais psiquiátricos, atentos e engajados para que outros serviços fossem criados para evitar o abandono dos usuários nas ruas. Estou presente há vinte anos neste cenário, enquanto profissional de saúde mental, somados os últimos seis anos em vida acadêmica como pesquisadora. Posso dizer que as lutas embalaram os serviços públicos como a música de Zeca Afonso impulsionou a Revolução em Portugal. As conferências de saúde mental, as reuniões da luta antimanicomial, as comemorações do Dia Nacional da Luta antimanicomial. As aprovações das leis, os debates em equipes interdisciplinares, nas discussões de cada caso, o fato de negociarmos o projeto terapêutico com o usuário, a participação em assembleias deliberativas, tudo isso é um mote de serviço profissional. Crenças, lutas, interesses, investimentos financeiros, temporais, dedicação de tantos por tantas pessoas valeram-se dos ideais da Reforma Psiquiátrica. Mas isto não quer dizer que ela seja a única nem a melhor abordagem no trato dos usuários de serviços de saúde mental. Há os que discordam, criticam, atacam, mas as estabilizações nos serviços públicos ainda apontam para esta vertente. Esta rede, de certo modo, produziu conexões fortes, agregou muitos *actantes* e se mantém estabilizada com ascensão desde a década de 1990.

Voltando ao cenário português, uma entrevistada problematiza:

“Os atendimentos em hospitais gerais funcionam mais para dentro. O Plano Nacional prevê não só a descentralização, mas fazer um atendimento comunitário. Os cuidados comunitários não precisam ser liderados pelos médicos. Os médicos teriam que ir para as comunidades, mas isto não aconteceu. Eles deveriam estar a defender o atendimento comunitário”. (Luisa Brito, entrevista em 27/06/2011).

Há aqui uma crítica aberta à atuação dos médicos. Mas para que os médicos saiam de seus consultórios e adotem outros modos de atuar nas comunidades, é necessário que muitas pessoas, interesses e forças sejam agenciadas. Entender este modo de trabalhar como dependente de um único *actante* seria uma tentativa unívoca, equívoca e inócua de resolver o problema. Mas é compreensível a fala dos profissionais não-médicos. Perguntamos, reiteradamente: quais são as pressões para que as prerrogativas do Plano de Saúde Mental sejam implementadas? Não obtivemos respostas. Provavelmente, se estas forem produzidas, não serão simples nem unilaterais. O conceito de rede nos auxilia a entender que as mobilizações nas conexões não

agenciam nem atingem um *actante* somente. Para provocar mudanças em redes tão complexas como estas com as quais estamos lidando, é importante que as ações sejam produzidas em rede. Para que os psiquiatras efetivamente passem a atender no enfoque comunitário, primeiramente eles teriam que valorar este modo de tratamento, reconhecer sua importância, eficácia e utilidade. Teriam que se implicar nestas ações e acreditarem nesta perspectiva de assistência. Para eles abrirem precedentes e não liderarem as iniciativas, não sendo os gestores das ações, teriam que permitir e entender que outros profissionais não médicos também seriam capazes de fazê-lo. Por sua vez, os não-médicos teriam que assumir suas posições de liderança, frente a compartilhar o lugar de poder até então centrado na figura do médico. Uma descentralização do poder médico, um compartilhar de responsabilidades, atribuições e implicações. E outras possibilidades seriam criadas a partir disto. Muitos debates, enfrentamentos, posicionamentos, mobilizações micropolíticas, organizações de profissionais e, além disso tudo, e muito mais importante, incluir o utente nesta discussão. Ele é o mais interessado, já que o tratamento deve ser direcionado para ele. Percebemos que, para convencer um médico a atender no modo comunitário, muita coisa deve ser traduzida na rede além de leis. Lidar com as recalcitrâncias é um desafio, mas é necessário para as mudanças. As melodias contemporâneas contemplam as dissonâncias.

“Os médicos obstaculizam as atividades familiares nos lares, utilizam consultórios e gabinetes. A lei da intervenção de internamento compulsivo também recomenda medidas de atividades ocupacionais, residências terapêuticas etc. Lei de Saúde Mental. Os hospitais-dia são um proforma: é um fingimento. Finge que se faz qualquer coisa. Está integrado no hospital psiquiátrico”. (Carlos Araújo, entrevista em 15/06/2011).

Esta opinião de um familiar de utente nos aponta uma insatisfação quanto ao modo de tratamento ligado ao hospital psiquiátrico. No Brasil, o objetivo destes serviços é estar o usuário o mais amplamente possível vinculado às atividades fora do ambiente manicomial. Acreditamos que os familiares se ouvindo, escutando outros, ampliando seus discursos aliados aos dos seus familiares utentes, poderiam mudar o que para eles é insatisfação. Agregando forças, impulsionando transformações. Juntos, mesmo dissonantes, às vezes, mas com propósitos comuns. A discussão, o embate, a luta deve acontecer para que as decisões não venham prontas, já homogêneas e colocadas. Há que

se burilar os constructos e mobilizar as redes, para que mudanças ocorram. Ancoradas nos discursos de quem utiliza os serviços, de quem vivencia as dificuldades e identifica os pontos de fragilidade.

Atividades artístico-musicais em saúde mental

Perguntamos aos entrevistados quais as atividades ligadas à música e outras artes que aconteciam em Portugal. Lembramos que estes contatos ocorreram no início do estágio doutoral, antes de entrarmos no hospital Sobral Cid ou sabermos sobre o grupo TPC.

“O Sobral Cid, Sendo um Hospital Psiquiátrico, conseguiu uma importante diferenciação, com um Hospital de Dia, um Serviço de Reabilitação, outro de psiquiatria comunitária e outro de Ligação às Consultas do Hospital Geral [...] Eles fazem e têm um conjunto de atividades que são programadas, caminhadas, atendimento de famílias, terapia ocupacional. Tem coisas criativas, fazem recortes, apresentam determinados temas escritos ou em informática, pintura, escrita. Não tem atividade de música. Tá em falta a musicoterapia, o hospital-dia seria o ideal para isto. Na unidade universitária é mais biomédica. O Sobral Cid inclui também aspectos sociais, ocupacionais”. (José Morgado, entrevista em 15/06/2011).

Este psiquiatra descreve os dois serviços existentes em Coimbra. Reconhece que no hospital há mais atividades ocupacionais e artísticas e identifica um tratamento mais “biomédico” no setor de psiquiatria do hospital da Universidade de Coimbra. Interessante observar que há um modo de trabalhar no hospital que se assemelha a um atendimento-dia. Isto quer dizer que nem todos os utentes que frequentam o hospital estão internados. Isto nos parece importante. Ele acrescenta a necessidade de um profissional de musicoterapia e localiza a sua melhor entrada no hospital-dia. Identificamos rastro de que os atendimentos na unidade universitária são tipicamente “dentro”, como diz Luisa Brito; consultório, modelo biomédico, poder médico sobre a abordagem centrada no tratamento à doença. Estas são algumas conexões identificadas nesta rede e, ao mesmo tempo, criticadas pelos entrevistados.

“As atividades artísticas não são exploradas. [...] Um paciente que só ficava em casa, ao fim de dois anos ele decidiu fazer algo fora de casa. Ele saiu e foi orientado a um curso no Sobral Cid. Ele encheu-se de coragem, chegou lá no primeiro dia, ficou com pacientes assustadores, ele ficou com medo. O rapaz voltou pra casa transfigurado. A mãe ficou assustada também, mas ele foi de novo. Não levou o telemóvel e levou

pouco dinheiro. Era cortar papel, não houve a ginástica, ele desistiu. Ele disse: eu até me sinto normal. Não fazia sentido ficar naquele meio. Não há serviços para estes melhores”. (Luisa Brito, entrevista em 27/06/2011).

É muito frequente o isolamento dos utentes ao convívio social, mesmo quando não institucionalizados. Sair para fazer alguma atividade muitas vezes ajuda muito no tratamento. As atividades ou as oficinas terapêuticas podem se constituir como ferramentas importantes na inserção social, na melhoria da autoestima, na perspectiva de criação de novos objetivos para a vida. Luisa Brito fala de uma inadequação: um utente em situação pouco institucionalizada ao encontro de utentes com comprometimentos mais severos. Isto é muito recorrente em saúde mental, deve-se tomar cuidado para que o usuário “preservado” de processos de institucionalização severos fique em ambiente hospitalar em convívio com pessoas em situações mais debilitadas. Ao mesmo tempo, estes devem ter contato com pessoas menos institucionalizadas. O que ela nos aponta é uma deficiência de serviços que atendam a estas pessoas. Ratificamos a necessidade deste e de outros discursos se ancorarem em associação comum de interesses. Pessoas que fazem tratamentos psiquiátricos, outros profissionais que também identificam esta necessidade e familiares podem associar-se para agregar esta preocupação e conseguir soluções para este e outros problemas comuns.

“São atividades ocupacionais. Sala com pessoas que fazem atividades repetitivas, sem interesse, sem aplicação prática. No Centro Arnes acontece atividades ocupacionais que são também repetitivas, embalagens, recortar, colar, fazer sempre a mesma coisa”. (Carlos Araújo, entrevista em 15/06/2011).

A crítica então acontece por via de um familiar. Cabe ressaltar aqui que atividade ocupacional não é para “ocupar as pessoas”. As atividades ocupacionais feitas por um terapeuta ocupacional requerem um conhecimento técnico, metodológico, justificativas implicadas nos preceitos dos conhecimentos da formação de terapeuta ocupacional. Nossa proposta aqui não é tratar deste assunto, mas apontar que há um saber profissional nas chamadas atividades ocupacionais. Reconhecemos ser importante para o familiar saber disto. Mas aqui não estamos criticando o familiar, apontamos para a desinformação. Já presenciei (como profissional) em assembleia de usuários, familiares e profissionais de um hospital psiquiátrico, os profissionais explicando aos

usuários sobre as atividades que eles desenvolviam na instituição. Os usuários costumam ser diretos e falarem claramente sobre o que lhes interessa. Mas o mais importante neste relato acima é que ele questiona a aplicabilidade daquele fazer. E também critica a repetição. Esta crítica incide sobre modos que não apresentam linhas de fuga, de desvio, de um outro fazer, de algo novo. Incomoda identificar que não se criam coisas novas. Mas a que servem? O que dizem os utentes participantes sobre o seu fazer? Em minha visita ao Sobral Cid, umaicineira me mostrou objetos de arte feitos com argila. O mais importante desta atividade, dito pelaicineira, era que eles se expressassem. Segundo ela, alguns tinham valor artístico, outros não. Mas o que importava era o fazer e o que este significava para o utente. Pensamos que compartilhar o porquê dos saberes e fazeres entre profissionais, familiares e usuários poderia contribuir para a compreensão e melhoria das condições para todos. Não estamos afirmando que isto já não aconteça nos serviços em Portugal, porque nossa investigação não está a generalizar, mas localizamos estes fragmentos que acreditamos poder contribuir à discussão sobre o sistema de saúde mental em Portugal e também para os profissionais brasileiros, cujas questões se assemelham em muitos momentos às dos profissionais portugueses.

Os efeitos destas conexões

Não é possível identificar todos os efeitos das conexões entre leis de saúde mental, as relações destas nos serviços, e as práticas e experiências de profissionais, familiares e utentes de Portugal. Mas apontamos que as falas dos entrevistados mostram críticas, insatisfações e também credibilidades. O saber médico se institui à medida que outros saberes o reconhecem e o ratificam. É importante que existam as críticas e que elas possam se transformar em catalisadores e impulsionadoras de outras tentativas de mudanças. As leis já estão promulgadas, resta serem implementadas. Mas para isto muita mobilização será necessária. Muitos *actantes* engendrados, interesses em discussão, luta com seus ganhos e perdas consequentes. Atendimentos dentro ou fora do consultório implicam em mobilidades maiores, das ideias, ideais, informações, mas principalmente contágio destes. Acreditamos que coletivamente tudo é possível. Isoladamente, pouco se consegue. É possível que isto possa estar acontecendo com os médicos. Deve pesar a sobrecarga da responsabilidade da centralização do poder sobre o tratamento do utente. A partir da bibliografia consultada e dos relatos dos entrevistados,

é plausível sugerir que a Psiquiatria de Setor ainda não atingiu integralmente sua proposição de atendimento comunitário. Os atendimentos mantêm-se prioritariamente num procedimento biomédico, no qual as práticas artísticas não têm muita repercussão, embora se reconheça a necessidade de musicoterapia como terapia complementar. E existem atividades ocupacionais em algumas unidades de saúde mental. Uma outra questão, embora não destacada, torna-se presente: a crise financeira que atravessa o país. Seus efeitos sobre a saúde mental não puderam ser explorados nesta pesquisa.

Os efeitos destas conexões que pudemos observar nos impeliu a apostar nas possibilidades de trocas, debates, discussões, associações entre utentes, familiares, profissionais e outros afins às causas da saúde mental, para integrar os interesses em objetivos comuns.

Brasil e Portugal produziram modos diferenciados de elencar os interesses e forças comuns para buscar melhoria nos atendimentos, serviços e unidades de saúde mental.

Acreditamos que a formação de grupos musicais no Brasil aconteceu em meio às lutas políticas antimanicomiais, nas quais os usuários, familiares, profissionais e amigos dos serviços de saúde mental estiveram e ainda estão presentes. Estes grupos musicais e outros efeitos foram gerados a partir de redes, de discussão, de concomitantes conflitos de interesses e de concordâncias.

Pensamos que os efeitos produzidos em cada abordagem adotada sejam diferentes e derivem das conexões que se agenciarem nas redes. Nosso período em Portugal foi de apenas seis meses. Em atuação profissional mais prolongada no Brasil, observamos os efeitos mais de perto, atuante, conflitante, longitudinalmente. Portugal continua sua luta, que começou antes da dos brasileiros. Mas o mais importante é que em ambos os países estão viabilizando recursos, leis, serviços, embates, para melhorar a qualidade do atendimento aos utentes/usuários.

No Brasil, acreditamos que a formação de grupos musicais é um efeito das redes produzidas neste país. Em Portugal produzir-se-ão outros efeitos. Apostamos que as discussões compartilhadas sejam importantes neste processo. Cada um a seu tempo, com suas lutas, colhem os frutos dos engendramentos que vão se produzindo nas redes de saúde mental.

IV.2- No Brasil: Reforma Psiquiátrica

Os processos associados à saúde mental no Brasil aconteceram, previsivelmente, com diferenças em relação ao que ocorreu em Portugal, pelas diferenças sociais, culturais-econômicas-geográficas e pelas histórias distintas, ainda que com muito em comum, dos dois países.

Neste tópico, vamos enfatizar as mudanças em termos de saúde mental ocorridas no Brasil, mais especificamente, no Rio de Janeiro. Este é nosso campo principal de pesquisa e atuação profissional. As transformações que aconteceram no Rio de Janeiro influenciaram a Política Nacional voltada para a saúde mental e inspiraram a Reforma Psiquiátrica em curso no país até à atualidade.

No Brasil, duas possibilidades se congregaram: de um lado, a extinção dos hospitais psiquiátricos e, de outro lado, a criação de uma rede de serviços substitutivos a estes.

No Rio de Janeiro, o antigo Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II)⁸², em tentativas de tratar os ainda chamados de “doentes mentais”, foi palco das práticas manicomiais e inicialmente servia a interesses diversificados. “Em um país escravocrata o manicômio surgia para ser mais um aparelho de opressão das camadas pobres e desfavorecidas da população” (SOUZA, COUTO & FREITAS, 2010, p. 202). Durante o período da ditadura militar⁸³ (1964 a 1985), este e outros hospitais psiquiátricos abrigavam presos políticos. A lógica manicomial prevaleceu no Brasil até o final da década de 1970.

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se no Brasil com um Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental em 1978-1980 (AMARANTE, 1995, p. 57). Houve denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas nas unidades de saúde mental. Os trabalhadores reuniram-se em assembleias e criaram um movimento deflagrando a crise no órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde, subsetor saúde mental (DINSAM). Culminou com a greve e demissão de profissionais e estagiários das quatro grandes unidades do Rio de

⁸² “Em virtude do decreto-lei n.º 55.474, de 1965, em uma homenagem ao Imperador D. Pedro II, que havia inaugurado em 1852 o primeiro hospital para alienados do país, o Centro Psiquiátrico Nacional recebeu o nome de Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP-II). O CPP-II recebeu nova denominação após a morte de Nise da Silveira, em 1999. Nesse mesmo ano, o hospital passou pelo processo de municipalização, juntamente com outras instituições hospitalares federais. Em homenagem à psiquiatra, foi instituído através do decreto n.º 18.917, de 05/09/2000, a mudança do antigo Centro Psiquiátrico Pedro II para Instituto Municipal de Assistência à Saúde Nise da Silveira”. Informações em: <http://www.instituicoes.coc.fiocruz.br/index.php/425:isdiah>.

⁸³ Informações em: <http://www.sohistoria.com.br/ef2/ditadura>.

Janeiro: Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira (CJM) e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho (AMARANTE, 1995). Com a Reforma Psiquiátrica, os pacientes/doentes mentais passaram a ser chamados de usuários de serviços de saúde mental.

O pressuposto de reinserção psicossocial na década de 1980/1990 foi a tônica da Reforma Psiquiátrica no Brasil. As forças que promulgavam o lema: “Por uma Sociedade sem Manicômios” e as organizações do Movimento da Luta Antimanicomial, composto por usuários, familiares, profissionais e amigos, fizeram proliferar associações de usuários e familiares. A discussão saiu dos muros dos hospitais e as conexões destas redes agregaram poderes instituídos, como a lei Paulo Delgado, apresentada inicialmente como projeto de lei n. 3657/89. Durante os doze anos em que ficou em tramitação, sofreu modificações até ser aprovada.

Após 12 anos de tramitação e acompanhada por um caminho de mobilização científica, política e social, por um lado, e de resistências por outro, em 6 de abril de 2001 foi promulgada a Lei Federal 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado. Essa Lei, que oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil, dispôs sobre o tratamento mais humanizado, a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários sobre a internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias. Além dos CAPS, previu-se a implantação de ambulatórios de saúde mental, NAPS, residências terapêuticas, hospitais-dia, unidades de psiquiatria em hospitais gerais, lares protegidos e centros de convivência e cultura [...]. Previram-se também a criação de oficinas de trabalho protegido, unidades de preparação para a reinserção social dos pacientes e serviços para o atendimento às famílias. (BARROSO & SILVA, 2011).

Esta lei condensou as mobilizações que já apontavam os caminhos da desinstitucionalização no Brasil. Ela se constituiu num marco divisório entre as práticas manicomiais e as lutas antimanicomiais. Lembro-me da comemoração nos serviços de saúde mental por esta aprovação. O projeto de lei já era utilizado como bandeira deste movimento, a aprovação da lei foi lida como uma vitória pelos usuários, familiares e profissionais. Esta lei “prevê” a extinção progressiva dos manicômios” (AMARANTE & TORRE, 2010, p. 123).

Interessante observar que a mesma proposta comunitária aparece tanto nas leis portuguesas como nas brasileiras. Aquilo em que diferem não se baseia tanto nos documentos escritos, mas no modo como se alastraram ou não pelos trabalhadores,

usuários e familiares. No Brasil, o engajamento político nesta luta antimanicomial contagiou muitos *actantes*. Defendia-se os pressupostos desta lei em todas as instâncias, ela era e é um referencial da Reforma Psiquiátrica enquanto manifesto do que se pensava e ainda se pensa de como deve ser o atendimento aos usuários e a constituição dos serviços.

Ao final da década de 1990, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, já na perspectiva de um modelo substitutivo ao manicômio (AMARANTE & TORRE, 2010, p. 121). Os CAPS se constituíram como ordenadores dos serviços de saúde mental no Brasil.

Seu objetivo é oferecer atendimento à população, realizar 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. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários que oferecem atendimento diário. (Portal da Saúde).⁸⁴

A proposta de substituição dos hospitais psiquiátricos contou também com outros dispositivos de atendimento aos usuários, mas os CAPS passaram a agregar inúmeras funções desde a década de 1990 até o presente, configurando-se como dispositivos fundamentais neste processo. Cabe descrever as funções dos CAPS, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental:

É função dos CAPS:

- prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos;
- acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território;
- promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais;
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação;
- dar suporte a atenção à saúde mental na rede básica;
- organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios;
- articular estrategicamente a rede e a política de saúde mental num determinado território e
- promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Estes serviços devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o

⁸⁴ Informações acessadas em 24 de abril de 2012 no site: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>.

usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento. (Portal da Saúde)⁸⁵.

A ideia era a de acabar com os hospícios e criar outros modos de tratamento que prescindissem das lógicas asilares e coercitivas. Esta rede conecta-se “a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural” (AMARANTE, 1998, p. 76). Criam-se, desde então, modos de funcionamentos antimanicomiais nos serviços de saúde mental. Os profissionais, familiares e usuários passam a ser os agentes desta empreitada: acabar com os manicômios. E criar dinâmicas democráticas nos serviços, com participação da sociedade civil organizada, familiares, usuários e amigos dos serviços de saúde mental. Trabalhadores de saúde mental transformam-se numa marca política na saúde. Trabalho no Rio de Janeiro e atualmente no Instituto Municipal Nise da Silveira (IMNS) e trabalhei na Colônia Juliano Moreira, estive ainda em outras unidades. Vivenciei como profissional essa produção de luta antimanicomial. Uma proposta/desafio macro e micropolítico que é levada a sério pelos profissionais.

As narrativas sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, especialmente as que foram (e continuam a ser) produzidas pelos seus protagonistas, realçam que foi neste domínio que se verificou a ruptura científica e conceitual mais significativa de todo o processo da Reforma Sanitária no país, com um alcance mais amplo do que em qualquer outra área, desafiando as concepções teóricas estabelecidas. A Teoria Ator-Rede nos permitiu problematizar e associar as dimensões relacional, institucional e política do processo, com a constituição não só de novas configurações de instituições e de atores, mas também de modos de conhecimento no campo da saúde mental.

Em 2001, “aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, mesmo ano em que a Lei Paulo Delgado [...]foi aprovada no Congresso” (AMARANTE & TORRE, 2010, p.123). Este momento foi de efervescência para os reformistas psiquiátricos e as unidades de atendimento-dia. Os CAPS foram colocados na missão de serem os ordenadores das redes de saúde mental. Os usuários em primeiro surto ou crise seriam levados aos CAPS. Havia poucos serviços de emergência psiquiátrica e a proposta do CAPS era focada na regionalização; cada CAPS atenderia a determinados bairros, isto para que o usuário tivesse mais proximidade dos serviços à sua residência. Além dos usuários adultos, também foram criados os CAPSi para crianças e

⁸⁵ Informações extraídas do Portal da Saúde, acesso em 25 de abril de 2012. Mais informações em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude>.

adolescentes e os CAPSad, estes para pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas: álcool e/ou outras drogas. A efetivação destas unidades ocorreu através da Portaria n. 336 de 2002, que “regulamenta os novos serviços e o modelo assistencial, introduzindo as modalidades CAPS I, II e III e os CAPSi” (AMARANTE & TORRE, 2010, p.123). Os CAPS I e II funcionariam somente durante o dia, um turno ou dois. E o CAPS III se propõe a funcionar 24 horas. Antes desta portaria, outras surgiram, o que ratificou os investimentos e conquistas políticas do campo da saúde mental; “a Portaria n. 106 de 2000 dispõe sobre as residências terapêuticas; e o Programa ‘De Volta Para Casa’ e a Portaria n. 10.708 de 2003, institui o auxílio-reabilitação” (AMARANTE & TORRE, 2010, p.123-124).

A preocupação atual, emergente e urgente da saúde mental do Rio de Janeiro é tratar os usuários de crack e outras drogas. A incidência vem aumentando no município e é mister que as equipes se mobilizem para tal. Neste intuito, o governo criou equipes que atuam nas ruas, tentando fazer com que os usuários destas substâncias psicoativas em situação de rua adiram ao tratamento. Para oficializar esta iniciativa, a portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, respalda os CAPSad para receberem a população que aceitar o tratamento. Esta portaria “institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde”⁸⁶. A partir desta portaria, os CAPS passam a ter mais esta atribuição: receber usuários de crack e outras drogas. Há um investimento político do governo em criar mais CAPSad nos municípios do Rio de Janeiro, mas esta portaria vem ratificar que os acolhimentos e atendimentos devem ser feitos nos CAPS.

Para os usuários que estão em internação prolongada, foi instituída outra portaria, a de serviços de residências terapêuticas, que se constituem em importantes ferramentas no processo de desinstitucionalização.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos configuram-se como dispositivo estratégico no processo de desinstitucionalização. Caracterizam-se como moradias inseridas na comunidade destinadas a pessoas com transtorno mental, egressas de hospitais psiquiátricos e/ou hospitais de custódia. O caráter fundamental do SRT é ser um espaço de moradia que garanta o convívio social, a reabilitação psicossocial e o resgate de cidadania do sujeito, promovendo os laços afetivos, a reinserção no

⁸⁶Texto acessado em 25 de abril de 2012. Portaria integralmente publicada no site Brasilsus: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>.

espaço da cidade e a reconstrução das referências familiares. (Portaria Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011)⁸⁷.

Outra portaria trata do chamado consultório na rua. Esta ação é recente na saúde mental brasileira. Constituíram-se equipes multiprofissionais de Consultório de Rua (eCR), que fazem abordagem nas ruas aos usuários de crack e outras drogas e portadores de transtornos psíquicos nestas circunstâncias.

As eCR desempenham suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011)⁸⁸.

Os CAPS ainda exercem uma importância bem significativa na configuração dos serviços em saúde mental, mas há também concomitante atuação da chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este tipo de serviço constitui-se em atendimentos regionalizados, nos bairros. Pretende abarcar tanto transtornos somáticos com a presença de médicos e enfermeiros, como ser um catalisador dos tratamentos aos sofrimentos psíquicos. A estratégia prevê visitas domiciliares e institucionais dos profissionais para identificar doenças e articulação com os CAPS nos casos de transtornos psíquicos. O governo brasileiro se empenha em desenvolver um atendimento em atenção básica de saúde, em localidades mais próximas dos usuários de serviços. Agregam-se à saúde mental estas iniciativas, nas quais identificam-se pessoas em sofrimento psíquico que ficam em suas casas e ainda não recorreram ao atendimento convencional. O governo federal, baseando-se nas estratégias de saúde em Cuba, elaborou este plano que vigora desde a década de 1990 no país.

A expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela Estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença,

⁸⁷ Texto extraído do site <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes>, acesso em 29 de abril de 2012.

⁸⁸ O texto integral desta e outras portarias da saúde mental estão disponíveis em: <http://saudementalrj.blogspot.com.br/2012/02/novas-portarias-do-ms-sobre-rede-de.html>. Quaisquer outras informações atualizadas sobre saúde mental no Rio de Janeiro podem ser encontradas no [blogspot saúde mental rj](http://saudementalrj.blogspot.com).

desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. (Portal da saúde)⁸⁹

É importante observar que estas Portarias e iniciativas realmente reverberaram em mudanças nos serviços, foram efeitos dos engajamentos dos profissionais, dos usuários, dos familiares e dos governos.

CONCLUSÃO - EFEITOS DO CAMINHO CONSTRUÍDO

Nesta conclusão escrevo como ativista, participante do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, como *actante*, pesquisadora e profissional. O discurso não é isento nem desconectado. É um efeito da construção de um outro lugar de pesquisadora. Descrevo um campo de tensão em que a escrita é um agente, e nem se encerra. Apenas um ponto final não serviria a tantos questionamentos. A escrita está neste conflituoso modo de pensar e escolher dentre o campo de forças, as palavras mais adequadas a este momento. As sementes serão jogadas ao campo fértil das discussões, para que outros pesquisadores possam ler e discutir, para que os usuários possam ler e acrescentar o que lhes parecer pertinente, para que os profissionais dialoguem e reverberem as questões. Esta é a nossa proposta: abrir possibilidades de se pensar o que está acontecendo na saúde mental com o aparecimento destes grupos musicais e o que eles podem nos ensinar. Então fizemos um recorte no campo, mas existem outras questões que gostaríamos que outros pesquisadores pudessem acrescentar e/ou continuar. Também agregamos aqui algumas questões que já problematizam e produzem contribuições ao nosso pensar e refletir. As controvérsias estão em aberto neste caminho percorrido.

No encontro do campo com a metodologia: efeito lírico-metodológico

Não sei onde começou o um e o todos. O humano e o não-humano. Não é divisão. Não há apreensão. Não há um todo formatado e capturado. Algo incomum,

⁸⁹ Para mais informações sobre a ESF acessar o Departamento de Atenção Básica do Portal da Saúde: <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>. Acesso em 25 de abril de 2012.

móvel, como se estivesse em ambiente aquoso. Parece simples, mas o olhar não para. Envolve-se e se sente atraído. Tal qual chuva a desembocar no chão, espalha-se, e já não se sabe qual é o pingo. Um pingo já não é mais ele, mas chuva. E esta não é possível contar. É fluxo.

Nada além de observações e perseguições de rastros. As materialidades estão por toda parte. Um microfone não somente serve para o canto. Ele pode ser o alvo de uma disputa de lugar, de poder, de evidência, de destaque. Um microfone sozinho não seria capaz de tal feito, mas do encontro do microfone com outros *actantes* pôde surgir um finito ilimitado de possibilidades. Nada será como antes⁹⁰ já dizia a música. Compõe-se uma canção na qual todas as certezas estão dispensáveis. Os objetos têm vida e importância. Os humanos não são um “em si” individualizado e totalizado. Tudo está em processo de criação. Claudiquei em buscar os rastros das ações. Quais são os encontros possíveis a serem observados? A escolha do que observar me deslocou para longe de qualquer propriedade sobre um possível objeto observado. Este objeto e eu misturados. Dos encontros registro o que nem saberia formatar. Fluxo e encontro, eu diria, numa tentativa de teorização. Mas para quê? Se a construção se dá a partir de partes não prontas conectadas no ali, naquele instante. Contrapontos. Não somos individualidades, nem os objetos estariam a meu dispor. Um eu pesquisador em construção se choca e se dissolve numa multiplicidade substantivada. Ali no campo não há um pesquisador desconectado, um conhecimento transcendente ou desencarnado e um saber homogêneo e claro, há díspares. Polifonias. Gerar conhecimento a partir disso sem se lançar no vácuo descreveria um falso problema. Por isso o campo nos desafiou e injetou mais infinitudes do que esperávamos.

Assim, o ato de pesquisar compõe, dispõe o pesquisador e o pesquisado, não numa relação dual, mas num infinito de possibilidades. Entretanto, segmenta-se este infinito para colocar um ponto final numa tese. Um fio da navalha se estende quando fugimos ao significado. Nem este, nem as representações. Para quê? Nem úteis seriam. Apenas para aprisionar o que de fato é desconhecido. A arte dos encontros não se encerra por uma versão de realidade apenas. O que difere são as multi-versões possíveis que deslocam um sentido único e inexorável. Trabalhar nas incertezas é um nó e um risco. Atividade prazerosa. O ponto final do texto pode apenas exprimir uma pausa. O texto produzido nas negociações entre os *actantes* do campo não denota uma verdade

90 Título: “Nada Será como Antes”- música de Milton Nascimento e Ronaldo Bastos.

científica, mas pode chegar a uma incerteza. Apenas uma das possibilidades de incertezas e que podem agregar mais e mais *actantes* para se fortalecer. Esperamos que os contágios sejam vários, não para que se formatem e que o escrito seja tomado como verdade, mas que seja este um ato político, capaz de ressoar com os interesses que acreditamos serem justos. Quando trabalhamos com grupos tomados como micro politicamente minoritários, pensamos que seria possível borbulhar tanto os dizeres que eles soassem mais fortes. De que lado estamos enquanto pesquisadores? Estamos no *entre*, no qual as possibilidades engendram versões capazes de contribuir para promover mudanças para uma sociedade mais justa. Não igualitária, porque para isto incorreríamos numa homogeneidade. Pesquisamos para que existam brechas nas verdades instituídas e outras vozes sejam ouvidas. Ruídos se produzam. Contribuímos para versões de realidades que não sectarizem em incluídos e excluídos, mas abram possibilidades de diferenciações e encontros.

Efeitos da visibilidade, geração de renda e outros

A visibilidade aconteceu como um efeito agradável, prazeroso, como uma coroa que serve a cabeça de um rei já nomeado. A geração de renda veio acrescentar como um efeito também, posto que os grupos aqui pesquisados não tinham inicialmente objetivo de gerar renda. Isto aconteceu em decorrência da perspectiva de shows e reconhecimento pelo trabalho. A renda obtida pelos grupos serviu à compra de equipamentos musicais e isto derivou em melhoria nas apresentações e também na vida pessoal dos usuários.

O misto de humanos e não-humanos pôde compor uma qualidade musical muito boa. Os grupos não têm um modelo ou algo a ser replicado. A durabilidade também é um efeito relacional. Os grupos musicais foram embalados pela Reforma Psiquiátrica que apostou na reinserção social dos usuários. Historicamente poderíamos inferir que a formação dos grupos musicais foi um ato político de inserção social e um encontro importante capaz de agregar pessoas que, pelo asilamento das internações psiquiátricas, estariam separadas, segregadas de participações coletivas. Acontecendo em rede, diante das dificuldades e controvérsias, compõem-se músicas com letras que falam de suas trajetórias, seus conflitos, sofrimentos e sensações. Estas músicas traduzem o “Sufoco

da Vida”⁹¹ e as batalhas desta luta que é viver. Tudo isto com humor, ironia e críticas, é claro. Por que sem elas, o que seria compor?

Efeitos sobre a desinstitucionalização: a situação do conhecimento situado

Conhecimento situado, localizado. O que isto nos diz? A que conhecimento nos referimos, visto que em saúde mental pode-se produzir muitos dizeres? Ao saber de si, empregamos o termo que por ora pensamos pertinente: em que lugar acontece a desinstitucionalização? Ao que ela precede? Ao que procede? Que instâncias mobilizadoras podem socorrer esta insistente vocação? Das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica Brasileira que tanto orienta as criações de tratamentos no Brasil e da Psiquiatria de Setor que tanto influencia as Políticas de Saúde Mental em Portugal? Estamos tratando das semelhanças e diferenças que se processam nestes dois modelos, ambos pensados em países em situações muito díspares. Não estamos nos referenciando a diferenças individuais. Estamos lidando aqui com proposições que incitam a fazeres-saberes em saúde mental que tangenciam modelos e propostas de desinstitucionalização em cenários muito diferentes, e isto nos convida a pensar em multiplicidade e em rede.

As tentativas de institucionalização da loucura nem sempre tiveram êxito em seus serviços, postos, centros de atenção e hospitais. Estas institucionalizações se evidenciam vertiginosamente. Tomemos a noção de instituição de Boaventura de Sousa Santos (SANTOS, 2011, p. 79) e nos aprimoremos em discernir o que ocorre em formato institucional, com seus procedimentos categorizados e as manifestações *extra-institucionais*, nas quais se produzem outros modos de lidar com os instituídos. Para sermos mais específicos, caminhamos num entre, do qual participam a análise institucional e o pensamento de Santos. A análise institucional produz um conhecimento mais micropolítico e diferencia instituição, instituinte, instituído. Santos aborda o *extra-institucional* como o que acontece fora dos muros das instituições, refere-se aos movimentos, mobilizações populares, reivindicações que ainda não foram capturados por interesses macropolíticos. A efervescência da manifestação por justiça, por uma ideia comum a ser engendrada pelos coletivos humanos. “Acções colectivas democráticas extra-institucionais podem vir a fazer uma pressão eficaz sobre as instituições nacionais e comunitárias [...] a mobilização extra-institucional visa

91 Música do grupo Harmonia Enlouquece disponível no site: www.harmoniaenlouquece.com.br.

expandir o horizonte de soluções políticas à disposição das instituições” (SANTOS, 2011, p. 80). É possível mobilizações nas políticas dos instituídos (macropolítica) sem as mobilizações nas instâncias mais imediatas (micropolíticas)? Ou ainda, será que esta luta pela desinstitucionalização vai alcançar os objetivos sem manifestações populares, sem que a população se engaje nesta desconstrução? As experimentações de Brasil e as de Portugal estão a caminho, ainda não se chegou à extinção dos manicômios e não se atingiu plenamente as diretrizes dos tratamentos deveras adequados. A luta está em andamento.

Tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Psiquiatria de Setor já têm as suas trajetórias históricas bem descritas por Amarante (1995), Hespanha (2010) e outros autores. A Luta Antimanicomial há muito se configura como uma das potências do movimento anti-hospício. Leis foram propostas e promulgadas. Direitos foram adquiridos nestes mais de trinta anos de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em Portugal, o mais amplo Hospital foi desativado, o Miguel Bombarda. Em vários hospitais gerais há leitos que atendem aos utentes. O que temos em vista são padrões de modos de lidar com as questões da saúde mental sob a via do trabalho em comunidades. A Estratégia de Saúde da Família trouxe ao Brasil e a outros países a perspectiva da descentralização e aproximação da saúde à localidade do usuário. Estamos em plena ebulição de projetos e abordagens terapêuticas que atendem às demandas mais díspares em termos de saúde mental.

Todos estes movimentos, tendo sido mais ou menos estabilizados pelas conquistas macro e micropolíticas, estão em andamento e geram processos em que pessoas estão mudando suas rotinas. Profissionais se esforçam por melhorias e pensam sobre suas atuações. Pesquisadores se renovam com o objetivo de fazer valer os ideais libertários que preconizam a extinção dos manicômios. Mas que manicômios são estes? Institucionalmente podemos desconstruir ideias, sobrepondo-as a outras, mas não exterminá-las. O grande desafio da Reforma Psiquiátrica e da Psiquiatria de Setor é contemporizar a diferença como um ato político que implique em libertar a desrazão e de sua apropriação do saber, como bem nos adianta Pelbart, “é preciso recusar o império da Razão” (PELBART, 1993, p. 106-107). Há que se problematizar que é micro politicamente que habilitamos a busca de um saber localizado, que além de não se propor a generalização, ancora-se na impossibilidade de formalizar verdades. Então, estamos falando de um saber que não se limita a referência e formatação, ele assim não pode ser considerado institucional? Vamos burilar mais a ideia do que venha a ser

institucional: imagine que ao olharmos nuvens, sabemos que elas são voláteis, mas em dado momento, elas a nós formalizam algo conhecido. Reconhecemos em sua silhueta algo familiar e identificável, damos um nome. Ao passar algum tempo, esta forma já se dissipou. Em termos históricos, percebemos que as instituições também se volatilizam. Séculos se passam, teorias são desenvolvidas, contestadas, lutas são engendradas e então temos um conhecimento em constante movimento, embora às vezes por nós este seja pouco perceptível. A que serve o conhecimento situado, localizado? Serve-nos a concebê-lo já como isento de generalização, verdade, modelo ou diáspora. Já se alicerçaria numa proposta extrainstitucional. Isto não remete a uma utopia de que esta ideia permaneça assim, mas que não está pretensamente a assoberbar-se como manifestação de saber-referência. Mas localizado onde? De que ponto de vista estamos pensando? Seria possível tratar de desinstitucionalização sem tramitar pelas instituições? A questão que se coloca é: quais instituições? Estamos nos referindo à instituição país? À instituição modelo de atendimento? À instituição discursos sobre saúde mental? O discurso neste momento esvazia-se.

Nossa proposta não é ordenar as práticas e conduzir a um entendimento no qual o todo se sobreponha, mas dialogar com os efeitos das práticas em saúde mental como modos diferenciados de lidar com possibilidades de tratamentos. Há semelhanças? Reconhecemos. Mas longe de considerarmos uma comparação. Comparar seria enquadrar e incorrer na imperícia de homogeneizar situações múltiplas. Brasil e Portugal são pátrias irmãs, mas convenhamos, não são gêmeas idênticas, e mesmo se o fossem, seus modos de funcionamento também difeririam.

Vimos a experimentação dos grupos musicais em saúde mental como efeitos nas profusões que estes dois países engendraram em suas lutas para se alcançar a desinstitucionalização. São práticas localizadas, não mensuradas e nem previsíveis. Nem se pretende afirmar que poderiam ser reproduzidas. A irrupção dos grupos musicais nos permite pensar que a arte pode funcionar como uma bandeira hasteada, uma posição de um ponto de vista no qual podemos vislumbrar a convivência das diferenças de um modo peculiar.

Latour (2008b, p. 40) aponta para a necessidade de discutir os temas sem “arrastar imediatamente para as habituais discussões sobre dualismo e holismo”. Esta frase parece preciosa para nossa discussão, por que é um desafio apresentar o tema de saúde mental prescindindo da discussão entre normalidade e anormalidade. A ideia de proposições articuladas ou inarticuladas em detrimento de afirmações (Latour, 2008b, p.

40) ratifica nossa abordagem. Apresentamos a saúde mental longe da oposição à doença. O conceito de saúde aqui é tomado mais amplamente, abarcando a inserção social como parte do processo de saúde, assim como o respeito às diferenças e a voz do usuário, partícipe e atuante.

Uma maneira de se refletir pelas questões da saúde mental é aproximar-se deles; os usuários. E permitir que as sensações difiram da suposta aquisição de conceitos que se tem sobre eles. Uma experimentação talvez imediata, nada transcendente, mais uma mobilidade. Este é um sentido do que vem a ser afecto. Ou o sentido que aqui tomamos ao termo. Em nada nos serve um suposto saber ao lidar com os usuários.

Apostamos na ideia de que os grupos musicais em saúde mental surgiram no Brasil com características específicas como efeitos do contágio em rede, no qual os ideais da Reforma Psiquiátrica foram compartilhados por usuários, familiares, profissionais e outras pessoas afins às questões de saúde mental. A luta para acabar com os modos manicomiais de tratamento ainda está em curso. As práticas coletivas promoveram ações e criações a partir deste contágio.

Em Portugal, as ideias referentes à saúde mental ficaram circunscritas a leis e projetos com pouca participação de familiares e usuários. Houve referências que indicam um corporativismo profissional nesta lida. Neste país, não houve o contágio. O que se configura são modos e efeitos diferentes produzidos nas redes. As ramificações da rede produziram outros efeitos.

Para nós, o que marca a expressão brasileira é o contágio e saída dos muros manicomiais pelos *actantes* que foram engendrados, tendo como efeitos: visibilidades, geração de renda, inserção social pelas artes e outras manifestações que conectaram muitos participantes, humanos e não-humanos.

A escrita desta tese coincidiu com o período da comemoração do Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio). Ocorreu nesta data um evento que agregou muitos usuários, familiares e profissionais de saúde mental. Este movimento reverbera até o presente.

Houve uma composição musical de criação coletiva que marcou esta comemoração, com duas mensagens claras: “*saúde não se vende, loucura não se prende*” e “*acolhimento sim, recolhimento não*”. Ela está disponibilizada em um clipe na internet⁹². Na primeira frase, o início reivindica que os serviços continuem públicos.

92 Está disponível na internet um clipe mostrando trechos do processo de composição da música criada por usuários e profissionais para a comemoração do Dia 18 de Maio, em 2012. Ela foi cantada no evento

E acrescenta que a proposta antimanicomial, com extinção dos manicômios, continua recorrente. Esta fala continua repercutindo desde o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A segunda frase denuncia o que está acontecendo nas ruas da cidade, evidenciando que há críticas em alguns segmentos dos serviços públicos sobre o modo como o recolhimento dos moradores de rua estão ocorrendo. Acolhimento aos usuários em situação de rua deve ser a tônica, o simples recolhimento das ruas não corresponde plenamente a esta prerrogativa. O clipe apresenta as falas dos usuários e profissionais no processo de construção da música e estas discussões estão evidenciadas.

As vozes

Concebemos nas proposições teóricas que nos balizaram, a ideia de que as redes produzem porta-vozes. Há peculiaridades em nosso campo de investigação que nos suscita problematizarmos esta ideia. Acrescentamos a questão de que “porta-vozes” em relação à saúde mental é um termo que temos que utilizar com parcimônia. A ideia de dar a voz também. Por um motivo histórico: na predominância da dita razão em detrimento dos desarrazoados, o que tivemos como manifestação, foi o asilamento e a segregação. Conceber que algo ou alguém está “dando voz” ao usuário é ratificar a premissa de que ele não teria voz. Ao mesmo tempo, negar que sua voz não foi utilizada nem ouvida também é um risco. A noção que permeou nosso trabalho foi a de que os usuários sempre tiveram voz, mas que foi abafada pelas segregações da razão, tomada como preponderante às outras. O profissional de saúde mental, o pesquisador ou um *actante* não-humano, por exemplo um microfone, poderão amplificar sua voz, contribuir para que ele se expresse de modo audível e o mais inteligivelmente possível, dependendo das condições em que ele se encontre em termos dos enfrentamentos do quadro psiquiátrico. Historicamente, a hierarquia da razão falou pelo usuário, o saber psiquiátrico falou pelo usuário, os profissionais falaram pelo usuário e muitas vezes definiram, sem o consultar, sobre o que seria “o melhor” para ele. Portanto, ressalvamos aqui a importância de se atentar em saúde mental ao que seriam os *porta-vozes*, considerando que as relações, objetos, humanos, interesses, qualquer *actante* pode expressar algo que evidencie uma controvérsia.

Efeitos das entrevistas: *entre as vozes da pesquisadora e dos pesquisados*

Nas entrevistas de campo, uma das perguntas, ou mais especificamente as respostas, geraram reflexões:

A proliferação destes grupos no campo da saúde mental pode caracterizar um movimento musical nesta área?

Problematizando esta pergunta e suas respostas, pensamos que ela, de certo modo, já infere a possibilidade de um movimento musical. Ela estaria supondo este movimento na sua formulação? Consideraríamos neste termo, um apriorismo sobre o campo? Desde 1996, além dos grupos musicais em vários estados do país, surgiram os blocos carnavalescos⁹³ e também coral⁹⁴ se apresentando ao público em geral. Antes, na saúde mental, isto não acontecia com esta extensão e intensidade. Por que não considerar isto um movimento musical neste campo? A resposta pareceria uma afirmativa quanto à aceitação deste termo, mas os profissionais dos grupos, ao respondê-la, abriram outras possibilidades.

Dos seis profissionais entrevistados no Brasil, apenas dois responderam que sim. Consideram esta proliferação como movimento musical. Quatro responderam que não sabem. Esta pesquisa não é quantitativa, observemos os relatos nas respostas. Sidney Dantas (HE):

“Não sei se um movimento mas posicionamento. Nunca aconteceu isto com tanta visibilidade. O HE se posiciona na música pop e na MPB. O HE cria um novo posicionamento no sentido de um enfrentamento em relação a loucura. Se posiciona como um enfrentamento”. (Entrevista em 16/11/2009).

Francisco Sayão disse: “Todos os grupos foram criados pela necessidade da clientela. Não sei se foi movimento porque não foi combinado” (entrevista em 08/03/2010). Será que para fazer um movimento musical é necessário combinar, agir em conjunto? Ou as conexões vão se engendrando nas redes e destas produções saem os movimentos? Pensemos no movimento musical de rock brasileiro na década de 1980. Várias conexões construíram aquela rede, algumas se estabilizaram e outras não. Alguns músicos estão tocando até o presente, outros desapareceram das mídias. Músicos de

93 Bloco Loucura Suburbana do IMNS, o Tá Pirando, Pirado, Pirou, do Instituto Phillippe Pinel (IPP) e outros.

94 Coral Musicalidade Brincante do Centro de Música do IMNS.

vários locais começaram a produzir rock, eles teriam combinado isto? Ou foi uma onda em que redes se associaram? Apostamos nesta última conotação nesta pesquisa.

Será que o isolamento presente nas práticas da história da saúde mental afetou a formação dos grupos musicais e eles não perceberam que estão criando um movimento musical? Ou, em contraponto, esta pesquisa estaria nomeando um termo sobrepondo-o a um fazer? Não pretendemos falar por eles. A fala dos profissionais não ratifica a ideia de um movimento musical. Em contrapartida acreditamos que se pode configurá-lo, tal a multiplicidade de conexões que estes grupos engendram. Há outros grupos surgindo no país. Francisco Sayão citou: o “Black Confusion (do Rio Grande do Sul), Trem Tan-Tan (de Juiz de Fora), Os Impacientes (Minas Gerais), Dani Gord (músico que fez CD com Gal Costa- Todo Vapor - e logo depois foi internado), Bab Lack e o Festival Tan-tan” (entrevista em 08/03/2010). Este será organizado pela produtora do projeto Loucos por Música mas ainda não conseguiu patrocínio, reunirá vários grupos musicais do país.

Os usuários de saúde mental já podem saber que é possível fazer um grupo musical. Os profissionais já tem como vislumbrar esta possibilidade. Cabe lembrar que estamos nos referindo a redes heterogêneas e não replicáveis. Lula Wanderley enfatiza: “Não tenho dado ainda para supor que constitui um movimento musical” (entrevista em 03/05/2010). Há uma dissonância entre a minha observação de que há sim um movimento musical em saúde mental em andamento e a fala da maioria dos participantes entrevistados. Pensamos em omitir a posição da pesquisadora e expor apenas a dos entrevistados, porque inicialmente consideramos uma captura, uma apropriação indevida, posto que no campo, não houve esta ratificação. Resolvemos que ambas posições poderiam ser descritas e evidenciadas porque não acreditamos em verdade dos fatos, mas em versões. Na metodologia escolhida não cabe falar pelos *actantes*, nem o pretendemos, mas o pesquisador também é um *actante* nesta rede. Expomos as diferenciações e deixamos em aberto para que outros entrem na discussão. Para mim, as respostas foram surpreendentes.

Guilherme Milagres (SNA):

“Eu gostaria que não fosse não, o grupo quer mostrar que o grupo tenha melhor qualidade. Talvez esse movimento da Luta Antimanicomial tenha favorecido [...] Não sei se é um movimento musical. Tenho medo do preconceito às avessas, tipo: vamos dar apoio a essa galerinha carente”. (Entrevista em 30/04/2010).

Este músico problematiza o rótulo, como se considerar movimento pudesse gerar também preconceito. Agrupar estas expressividades como movimento seria um equívoco capaz de agregar forças homogeneizantes? Criar esta denominação poderia reiterar estigmas? O campo nos colocou em xeque. Alguns concordaram com o termo ‘movimento musical’. Daniel Souza disse: “Acho que sim. Porque, por exemplo, a qualidade do HE e a nossa qualidade. Ainda é tudo um início. Ainda falta muita coisa” (Entrevista em 21/05/2010). O movimento nesta resposta pareceu ter um sentido de algo que se move e ainda iniciante. Telma Rangel acrescentou: “Entendo como um movimento. [...] O importante é preservar a liberdade. Cada um passou a levar o seu remédio. Ter disciplina. São adultos” (Entrevista em 08/03/2010). Ela releva o grupo como agenciador de autonomia. Evidenciamos nestas descrições que em nossa metodologia a escrita é uma negociação com o campo. Levando em consideração os relatos nas entrevistas, não podemos afirmar categoricamente que se trata de um movimento musical no campo da saúde mental. Estas vozes são as dos profissionais que trabalham diretamente nos grupos. Preferimos não afirmar, mas também não vamos negar, já que esta proliferação é inédita na história da saúde mental no país. Nunca antes vários grupos musicais surgiram e mobilizaram tantas forças. Mas nem por isto estes grupos precisam ser categorizadas em movimento musical. Fiquemos com esta concordância: a homogeneização não é nossa escolha e, pelo que vimos, não é a escolha dos profissionais diretamente envolvidos. Estes grupos têm características diferentes uns dos outros embora estejam inseridos no campo da saúde mental. São heterogêneos. O fato de terem brotado neste campo não os torna iguais e serializados. O que comporta diferenciações bem singularizadas. Nenhum deles deve ser considerado unidade tal a complexidade e multiplicidade que engendram. Talvez não seja possível agregá-los na nomenclatura de movimento musical. Mas estes grupos agregaram e ainda mobilizam muitos *actantes* para que estas redes pudessem e possam se estabilizar ao ponto de suscitarem tantas visibilidades, ações e até mesmo esta pesquisa. O fluxo de criação continua, as conexões se proliferam e a rede é móvel. Deslocamos a discussão sobre se é ou não um movimento musical. O conhecimento aqui situado permite que identifiquemo-lo como um contágio musical alegre, libertador e transgressor das práticas manicomialis.

A estética não como premissa, mas como consequência

A importância dada a estética musical nos grupos musicais em saúde mental entendemos como um efeito destas produções. Um efeito que viabilizou a inserção social traduzida aqui como aceitação, acolhimento, admiração e reconhecimento por estes trabalhos, além de integrar os usuários e profissionais na produção de conhecimentos do fazer musical. A estética musical não foi tomada como preocupação prévia, como premissa, como pressuposto. Ela foi um efeito imprescindível para que estas produções musicais ganhassem vulto. Os usuários recebem atualmente um reconhecimento pelo seu produto musical, por sua capacidade, competência e ainda mais, pelas ideias criativas, críticas e esclarecedoras. Uma sabedoria que veio de quem não teve reconhecimento prévio por suas produções. Os usuários emergem como os artífices desta virada conceitual. Eles são *realmente* capazes. Utilizamos o termo referido a real, posto que é isto que está sendo produzido: outra versão de realidade. Atualmente, quando se pensa em saúde mental, já se concebe a criação de grupo de música, ou de outras capacidades que antes não tinham sido identificadas. Para nós que trabalhamos com os usuários, estas capacidades são visíveis e audíveis, mas para quem não convive com estas situações é importante saber que existem grupos musicais competentes em seus dizeres, apropriando-se de uma produção de saber que acrescenta a todos. Somos todos aprendizes, esta é a nossa condição. Eles compõem e, nas letras musicais, ensinam-nos. Evidencia-se a simetria dos saberes. Se na lógica manicomial se acreditava num saber sobre o usuário, com estas produções musicais há um deslocamento, algo se inverte. Eles têm o que dizer, o que nos faz refletir. Estas vozes existem, ecoam, encantam e ensinam.

A questão trazida do campo para as práticas musicoterápicas em saúde mental é a importância da estética da música, tão evidenciada pelas produções dos grupos musicais no campo da saúde mental. Nestes, o cuidado estético musical foi um importante *actante* nos tratamentos e nas produções da chamada inserção social. O musicoterapeuta, profissional muito presente neste cenário, participa com uma trajetória cujos rastros evidenciam sua importância nestas produções musicais. Não como sua única prática profissional neste campo, mas como um modo de trabalhar que amplia as possibilidades de atuação e contribui à saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIGEN, K. *In Defense of Beauty: A Role for the Aesthetic in Music Therapy Theory - Part I: The Development of Aesthetic Theory in Music Therapy*. *Nordic Journal of Music Therapy*, v. 16, n. 2. 2007. p. 112-118.

_____. *In Defense of Beauty: A Role for the Aesthetic in Music Therapy Theory - Part II: Challenges to Aesthetic Theory in Music Therapy: Summary and Response*. *Nordic Journal of Music Therapy*, v. 17, n. 1. 2008. p. 3-18.

ALVES, F. *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental - um estudo no norte de Portugal*. Porto: Edições Afrontamento, 2011.

AMARANTE, P. Asilos, alienados e alienistas. In: AMARANTE, P. (Org.), *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 73-84.

_____. (org.) *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. 30 Anos da reforma psiquiátrica brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (org.). *Desinstitucionalização, Redes sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010. p. 113-136.

BARAD, K. *Meeting the Universe Halfway: Quantum Physics and the Entanglement of Matter and Meaning*. Durham, North Carolina: Duke University Press, 2007.

BARCELLOS, L. R. M. *Cadernos de Musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. *Revista SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jun 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 abr. 2012.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. 3ª Ed. São Paulo: Graal Editora, 2001.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994. p. 41-72.

BRUSCIA, K. *Definindo Musicoterapia*. São Paulo: Enelivros, 2000.

CAIAFA, J. *Aventura das cidades: ensaios e etnografias*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2007.

CHAGAS, M.; PEDRO, R. *Musicoterapia, desafios entre a modernidade e a contemporaneidade: como sofrem os híbridos e como se divertem*. Rio de Janeiro: Editora Mauad X e Bapera Editora, 2008.

COSTA, C. M. *O despertar para o outro: musicoterapia*. São Paulo: Summus, 1989.

COSTA, D. N. *Intra-acções performativas, redes de mediação tecnológica e a criação do sujeito musical: a actor-network-theory numa sala de ensaios rock*. 2006. (Dissertação de Licenciatura) - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra. 2006.

CRAVEIRO DE SÁ, L. *A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia*. Goiânia: Editora UFG, 2003.

DANTAS, S. M. *A ironia das canções do grupo Harmonia Enlouquece: estratégia discursiva de enfrentamento ao estigma da loucura*. 2010. Tese (Doutorado). Instituto de Letras - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Vol. I. São Paulo: Ed.34, 2004.(3ª ed.)

FERRAZ, M. H. C. *Arte e loucura: limites do imprevisível*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

FONTES, B. A. S. M.; Fonte, E. M. M. (org.). *Desinstitucionalização, Redes sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 8ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. *O Nascimento da Clínica*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2004.

_____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003.

GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Trad. Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

HARAWAY, D. J. *Modest_Witness@Second_Millennium.FemaleMan@_Meets_Oncomouse TM: Feminism and Technoscience*. New York: Routledge, 1997.

HARAWAY, D. J. *Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*. Artigo em documento eletrônico disponível em <http://www.ifch.unicamp.br/pagu/sites/www.ifch.unicamp.br/pagu/files/pagu05.02.pdf>. Trad. de Mariza Corrêa. Este artigo foi originalmente publicado em *Feminist Studies*, v. 14, n. 3. 1988. Acesso em 06 de março de 2012.

HESPANHA, P. A reforma psiquiátrica em Portugal: desafios e impasses. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (org.). *Desinstitucionalização, Redes sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010. p. 137-162.

JACINTO, S. A. S. *A importância da beleza musical na musicoterapia*. 2010. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Faculdade Paulista de Artes, São Paulo, 2010.

LATOUR, B. *A Esperança de Pandora*. São Paulo: EDUSC, 2001.

_____. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

_____. Como falar do corpo: a dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: Nunes, J. A.; Roque, R. *Objectos Impuros: experiências em estudos sobre a ciência*. Afrontamento. Porto: Edições Afrontamento, 2008b. p. 39-61.

_____, *Jamais fomos modernos*. São Paulo: Ed. 34, 1994.

_____, *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 2008a.

LAW, J.; HASSARD, J. (Org). *Actor network theory and after*. The Sociological Review. London: Blackwell, 1999.

LAW, J. *Notas sobre a teoria do ator-rede: ordenamento, estratégia e heterogeneidade*, 1992. Tradução de Fernando Manso. Artigo em documento eletrônico disponível em: <http://www.necso.ufrj.br>. Acesso em: 06/03/2012.

_____. *O Laboratório e suas Redes*, 1989. Tradução de Ana Lúcia do Amaral Villasboas, revisão de Ivan da Costa Marques. Documento eletrônico disponível em www.necso.ufrj.br. Acesso em: 14/07/2010.

_____. On sociology and STS. *The Sociological Review*, Reino Unido, United Kingdom, v. 56, n. 4, p. 623-649. 2008.

_____. *Tradução/Traição: notas sobre a Teoria Ator-Rede*. (1997). Documento eletrônico disponível em: <<http://www.lancs.ac.uk/fss/sociology/papers/law-traduction-trahison.pdf>>. Acessado em 05/07/2010.

MELO, M. F. A. Q. *Voando com a pipa: esboço para uma psicologia social do brinquedo à luz da ideias de Bruno Latour*. 2006. Tese (Doutorado). Departamento de Psicologia Social e Institucional - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MOL, A. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. In: Nunes, J. A.; Roque, R. (Org.). *Objectos Impuros: experiências em estudos sobre a ciência*. Porto: Edições Afrontamento, 2008. p. 63-77.

MOL, A. *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, NC: Duke University Press, 2002.

MORAES, M. A ciência como rede de atores: ressonâncias filosóficas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.321-333, maio/agosto. 2004.

MORAES, M. O. *Por uma Psicologia em Ação*. 1998. Tese (Doutorado). Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1998a.

MORAES, M. Por uma Estética da Cognição: a Propósito da Cognição em Latour e Stengers. *Informare*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 49-56, 1998b.

MORAES, M. & ARENDT, R. J. J. Aqui eu sou cego, lá eu sou vidente: modos de ordenar eficiência e deficiência visual. *Caderno CRH*, Salvador, v. 24, n. 61, p. 109-120, Jan./Abr. 2011.

NEVES, C.E.B. *Interferir entre desejo e capital*. Tese (Doutorado) em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2002.

NUNES, J. A. Circulation or (re)enactment? Performing the variable virulence/pathogenicity of *Helicobacter pylori*. *Journal of History of Science and Technology*, v. 2, p. 43-74. 2008. Disponível em: <http://johost.eu/?oid=68&act=&area=4&ri=2&itid=2>

NUNES, J. A. Fronteiras, hibridismo e mediatização: os novos territórios da cultura. *Revista Crítica de Ciências Sociais – CES*, Coimbra, n. 45, p. 35-71, maio. 1996.

NUNES, J. A. O resgate da epistemologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais – CES*, Coimbra, n. 80, p. 45-70. 2008.

PELBART, P. P. *A nau do tempo-rei: sete ensaios sobre o tempo e a loucura*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

_____. *Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão*. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PEDRO, R. Sobre redes e controvérsias: ferramentas para compor cartografias psicossociais. In: FERREIRA, A.A.L. et al. (Org). *Teoria ator-rede e psicologia*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2010. p. 78-96.

PINTO, M. C. O. Musicoterapia em Psico-Oncologia. *Revista Brasileira de Musicoterapia*, UBAM, Rio de Janeiro, ano IX, n. 7, p.17-26. 2004.

RANCIÈRE, J. *A partilha do sensível: estética e política*. São Paulo: EXO Experimental/Editora 34, 2005.

ROLNIK, S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROUDINESCO, E. et. al. *Foucault: leituras da história da loucura*. Rio de Janeiro: Relume-dumará, 1994.

ROUSE, J. Barad's Feminist Naturalism. *Hypathia*. v. 19, n. 1, p. 142-161. 2004.

SAMPAIO, R. T. Um estudo preliminar sobre a construção da construção musical em Musicoterapia. In: Anais do SIMPÓSIO BRASILEIRO DE MUSICOTERAPIA, 12., 2006, Goiânia.

SANTOS, B. S. *Portugal: ensaio contra a autoflagelação*. Coimbra: Edições Almedina, 2011.

SERRES, M. *Filosofia Mestiça*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

SIQUEIRA-SILVA, R. *Cartografias de uma experimentação musical: entre a musicoterapia e o grupo Mágicos do Som*. 2007. Dissertação em Psicologia - Estudos da Subjetividade - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

SOUZA, C. S.; COUTO, F. N.; FREITAS, P. C. Libertando subjetividades: o movimento da luta antimanicomial em Pernambuco. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (org.). *Desinstitucionalização, Redes sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal*. Recife: Editora Universitária UFPE, 2010. p. 201-222.

TRANNIN, M. C.; PEDRO, R. Cartografando comunicabilidades em redes sócio-técnicas: um estudo da rede instituto fábrica do milênio. In: Anais do CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 13. 2007, Recife. p. 1-15.

VELHO, L. & VELHO, P. A controvérsia sobre o uso de alimentação 'alternativa' no combate à subnutrição no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 125-157. 2002.

VIANA, V. C. *Saúde mental, qualidade de vida e acesso aos cuidados de saúde na comunidade brasileira de Lisboa*. 2010. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2010.

VIDAL, V.M.; AZEVEDO, M.; LUGÃO, S. *Songbook e CD Cancioneiros do IPUB*. Rio de Janeiro: FUJB, IPUB/UFRJ, 1998.