



LUDIMILA PALUCCI CALSANI

“COLETIVO DA MÚSICA: DOS NÓS AOS NÓS NA REDE. A
EXPERIÊNCIA DA MUSICALIDADE E A PRODUÇÃO DE SAÚDE”

CAMPINAS
2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

LUDIMILA PALUCCI CALSANI

“COLETIVO DA MÚSICA: DOS NÓS AOS NÓS NA REDE. A
EXPERIÊNCIA DA MUSICALIDADE E A PRODUÇÃO DE SAÚDE”

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção de título de **Mestra em Saúde Coletiva** na área de concentração Política, Planejamento e Gestão.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO LUDIMILA PALUCCI CALSANI
E ORIENTADA PELO PROF.DR SÉRGIO RESENDE CARVALHO

Assinatura do orientador

CAMPINAS
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

C138c Calsani, Ludimila Palucci, 1981-
Coletivo da música : dos nós aos Nós da rede : a experiência da musicalidade e a produção de saúde / Ludimila Palucci Calsani. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Sérgio Resende Carvalho.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde mental. 2. Música. 3. Arte. 4. Filosofia. I. Carvalho, Sérgio Resende, 1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Collective of music : the experience of music and the production of health

Palavras-chave em inglês:

Mental health

Music

Art

Philosophy

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Sérgio Resende Carvalho [Orientador]

Flávia Cristina Silveira Lemos

Tadeu de Paula Souza

Data de defesa: 26-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LUDIMILA PALUCCI CALSANI

Orientador (a) PROF(A). DR(A). SÉRGIO RESENDE CARVALHO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). SÉRGIO RESENDE CARVALHO



2. PROF(A). DR(A). TADEU DE PAULA SOUZA



3. PROF(A). DR(A). FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 26 de fevereiro de 2014

Ao Som-Silêncio que me fazem.
Às Deidades: que sempre me acompanhem

AGRADECIMENTOS

Ao primeiro coletivo que experimentei nesta vida: família, que experiência rica e radical. Aos meus irmãos, os primeiros sons e ritmos: da bola, da bike, do pique, do tantan, da risada e da calçada. Com vocês a crueza e simplicidade dos sons nossos de cada dia!

A Rita, minha mãe, que ainda pequenina me ensinou que a jangada todos os dias parte para mais tarde voltar com o sal e o pão da vida. Sons de palmas nas mãos, alegria genuína, me ensinou que a gente pode achar o tom, quem sabe um acorde com lindo som e fazer com que fique bom outra vez o nosso cantar.

Vó Viva, a Dona Diva: carrego comigo sua alegria destemida em viver e não ter a vergonha de ser feliz! De cantar, e, sobretudo o cultivo em ser eterno aprendiz. Dizendo-me sempre: da vida a gente só leva o que viveu, e se você não conhece respeita pois é ai que você ainda vai apreender mais um pouquinho desta vida.

Ao coletivo Conexões: lapidar de uma ideia. Construir um bom problema para a vida. O meu muito obrigado por compartilhar, textos e contextos, sons e cidades, valeu pelas Campinas, São Paulo, Santos e Rios que me trouxeram tons e gestos. Som e compasso para ir além. Multidão em mim. Sérgio: catalisador de afetos e pessoas, gratíssima! Valeu! .

Tadeu: parrhesia! Alegria, Trabalho e Vitalidade para pensar, trabalhar e escrever. Meu toque de atabaque, sereno e forte. Cadência e curimba necessária para a cuidadosa construção deste pesquisar.

Bruno “macarrones!”: amigo e fiel escudeiro, armou-me de risos e ativou minha melhor arteira, de mãos dadas com a minha criança a brincar com o pensamento. Máquina de guerrilha: ternura e sabedoria.

Aos artistas dos acentos, linhas e normas: Luiz Henrique Palucci Vieira, Claudia Mazzer, e Marie que a muitas mãos traçaram e deram o contorno necessário ao texto.

Aos Parças, viventes e artistas, verdadeiros guerreiros do dia a dia: meu verdadeiro abraço e a alegria de um bom partido alto no repique da voz, palmas e violão!

Reverência aos meninos de ouro e cetim: Eduardo Odair, Eurípedes, Olicio, Ailton, Denis, Alexandre, Everaldo, Anderson: gratidão pela música compartilhada, mestres do tempo e contra-tempo, da saúde e da batalha. Salve a roda, salve a gira e os reis da folia.

Um salve Zé Siqueira e Cleber: minhas epifanias compartilhadas, meu erudito e popular. A multidão necessária para um mundo contagiante. Salve Marcelinho, amigo-irmão, pelas horas de sol a pino e surdo nas mãos, alegria que dissolve estúdio-e-prisão, violão a postos para o improviso que se faz uma vida.

Salve Re Magalhães: cimo e vértice para a construção coletiva de sonoridades. Salve o lajedo todo, pedrinha, miudinha, pedrinha de aruanda aê, lajedo tão grande, tão grande na aruanda aê: Gal de Sordi, Anne, Ariane, Erika, Debora, Aline, Sávio, Andre Pesci, Gilvan, Rodrigo, Paulinha, Ana, Marcelo Pinta, Faty, Rodrigo, Mestre Magrão, Bruno Sotil, Seu Josué e tantos e mais tantas pedrinhas.

Evoé! Evoé! Lis e Mel: Alegria compartilhada que atravessam minhas manhãs e noitinhas com bolhas de sabão e canções de heróis, cowboys e gargalhadas. Meninas, sou imensamente grata pelo exercício de amor e leveza que vocês me trazem.

À morena-olhos-de-mar, minha Marie: a sonoridade de uma vida. Obrigado por se fazer minha morada. Companheira, cúmplice nas intensidades e intempéries: Pausa de compasso para a vida respirar e seguir. Obrigado por ser cais e mar nesta travessia.

Sarava! Sarava!

“Minha invocação á todos envolvidos na construção do nosso trabalho coletivo.

Anúnciação do trabalho que teríamos pela frente: novo governo, novo prefeito, novos arranjos, novo cortejo? Ritmo impresso pelas palavras que nomeavam nossos procedimentos de cuidado, a ala das Apacs substituídas pelas RAS, os BPAI E BPAC trouxeram outro beat, e certamente um descompasso. Descompassou o nome, a forma e

certo caos se instalaram. Como se instalar no caos, como driblar a rotina que parecia cada vez mais se enrijecer e a qualquer toque desmoronar?

Uma tormenta institucional parecia nos levar a mares e marés nunca dantes navegados. Algumas ladainhas antigas pareciam retornar com acordes novos e sacudir o que já era batidão: a compulsão imprimiu outras ordens de cuidado e com isso um grito silenciado. A compulsão do poder tilintou e bradou suas regras e faturamentos pobres.

Em meio a tantos silêncios-ruídos como tocar a vida? E nem era Fevereiro...

Foram muitas batidas - baquetas e palmas das mãos. Rodas, viola e violão. Surdo, pandeiro e tamborim. Corpo e voz. Fazer a nossa música fora aquele elemento meio primordial à invenção diante das necessidades da vida. Ah.. e a nossa ingenuidade, própria da arte popular, ela foi nossa arma, nosso maior escudo e nos lançou além destas disritmias.

Buscamos nossos tempos, e contratemos no cotidiano de cada dia. Muitas conversas e versos. Extraímos de nossas experiências o enredo possível. E como cabe a todo enredo, traçamos nossos temas, nossas histórias, nossos delírios e fantasias diante a da realidade, diante da vida. A música foi nossa política, fez e nos levou a fazer movimentos. Conseguimos um pouquinho de vizinhança, uma multidão de sonoridades e afetos.

Não, não nos faltou dolência para cantar diante das dificuldades e dissabores. Mas como diz o poeta, não ninguém faz samba só porque prefere.

E assim, vamos levando nossa vida, cantando e tocando para quem ouvir. Certezas e esperanças pra trocar por dores e tristezas que bem sabemos um dia ainda vão findar. Um dia que vem vindo e vivemos pra cantar...

Diante do início de mais uma desfile em que mais um processo se finda, seguimos na avenida, girando, estandarte nas mãos para anunciar a nossa delicada alegria. Bom desfile, suavidades no cotidiano”. (Campinas, 24 de fevereiro de 2014)

Alegria, Alegria.

“O meu escudo é meu amor, solte as pedras,
me dê a mão. Ei Senhor Doutor! ,De sua lei
não entendo não!” (Juan Peres)

RESUMO

Nossa pesquisa fora inspirada e provocada pelo plano da experiência das práticas artísticas musicais realizadas na Rede de Saúde Mental do município de Campinas. Acompanhamos as intervenções propostas pelo projeto Coletivo da Música. O Coletivo da musica é realizado e protagonizado por usuários, trabalhadores e gestores de diversos equipamentos da Rede de Saúde Mental - CAPS, Cecos, Núcleos de Oficina de Trabalho e Economia Solidária, Núcleo de Retaguarda, Enfermaria de Internação. Nosso objetivo fora identificar os efeitos de cuidado produzidos pelas atividades-intervenções do projeto, assim nosso campo fora acompanhar as seguintes atividades: grupo de experimentação musical, oficinas de percussão, apresentações musicais, bloco de carnaval, programa de radio web. Para acompanharmos estes processos utilizamos princípios da Cartografia, que através de ferramentas conceituais aplicadas ao campo da saúde, nos permitiu obter os resultados, ou seja, nossas narrativas e análise de enunciados coletivos presentes no campo. As narrativas apresentadas aqui foram produzidas pelo encontro entre usuários, trabalhadores, gestores e pesquisador. Ao pesquisarmos nos vimos implicados na intervenção, seja como trabalhador da rede e coordenador do projeto Coletivo da Música, como percussionista em experimentação, bem como pesquisador-trabalhador forjando narrativas e problemáticas referentes ao campo da produção do cuidado. A análise dos enunciados deu-se à medida que se produziam estas narrativas. Ao acompanhar processos construímos nossas ferramentas metodológicas - cadernos de idéias experimentais, discussão em grupos, entrevistas, diários de campo - que permitiram a enunciação de múltiplas ideias, vozes e sujeitos. Os efeitos da intervenção produzida se dão na própria construção da narrativa aqui presente, e certamente não se encerraram nelas. Ao problematizarmos nossas ações e atividades musicais vivíamos uma intensificação de corpo e vozes, o que permite uma experiência mais encarnada no processo de cuidado de si, em saúde. Dar passagem aos muitos cantos e cânticos presentes em nossa rede de produção de saúde nos permitiu uma conversa mais afinada à vida. E quanto à dor, a doença, o desafino e desalinho, puxemos a cadeira, armemos a roda, e deixa girar.

ABSTRACT

Our research was inspired and provoked by the plan of the musical experience of artistic practices conducted in Mental Health Network of Campinas. We follow the proposed design by Collective Music interventions. The Collective's music is performed and played by users, managers and employees of various equipments Mental Health Network - CAPS, Cecos, Centers of Workshop and Solidarity Economy, Center for Retaguarada, Inpatient Ward. Our objective was to identify the effects produced by the activities of care-project interventions, so our field outside monitor the following activities: group of musical experimentation, percussion workshops, musical performances, carnival block, web radio program. To accompany these processes utilized principles of cartography, that through conceptual tools applied to the health field, allowed us to obtain the results, in other words, our collective narratives and analysis set out in the camp. The narratives presented here were produced by the encounter between users, workers, managers and researchers. While studying we saw us involved in the intervention, either as a worker and coordinator of the Network of Music Collective Project, as a percussionist in experimentation, as well as a research-worker forging narratives and issues pertaining to the field of care provision. The analysis of statements made themselves as they produced these narratives. Monitoring processes, we built our methodological tools - notebooks of experimental ideas, discussion groups, interviews, field diaries - that allowed the articulation of multiple ideas, voices and individual. Intervention effects produced are given in the actual construction of this narrative, and certainly not closed them here. Questioning our actions and musical activities lived an intensification of body and voice, allowed a more embodied experience in self-care, healthcare process. Give way to many songs and chants present in our network of health production has allowed us to talk more attuned to life. What about pain, sickness, and the shabbiness of tune, take the chair, assemble the wheel, and let's revolve.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: desenho de Gal de Sordi: Partituras	xxi
Figura 2: Hieronymus Bosch, A Nave dos Loucos, 1490-1500, técnica óleo sobre madeira, Dimensões - 58 cm × 33 cm, Museu do Louvre, Paris.....	35
Figura 3: Camille Pissaro, Boulevard Montmartre la nuit, 1898.....	38
Figura 4: Jeremy Harris, American Asylums: moral architecture of the 19 th century	41
Figura 5: Mandala Pintada no Hospital Engenho de Dentro	56
Figura 6: desfile de carnaval 2013, Escola de Samba Liberdade ainda que Tam Tam	61
Figura 7: LOUCUTORS DA RADIO TAM TAM	65
Figura 8: logo do site - http://tamtam.art.br/	66
Figura 9: Bloco Unidos do Candinho, carnaval 2013	73
Figura 10: As malas de aço e as teias da aranha.....	87
Figura 12: Desfile de Carnaval 2010	114
Figura 11: foto de uma pagina do caderno	134
Figura 13: COLETIVO DA MÚSICA - ensaio bateria de carnaval, fev /2014	150
Figura 1 foto caderno de ideias experimentais - dez 2013	160
Figura 2 foto caderno das ideias experimentais.....	161

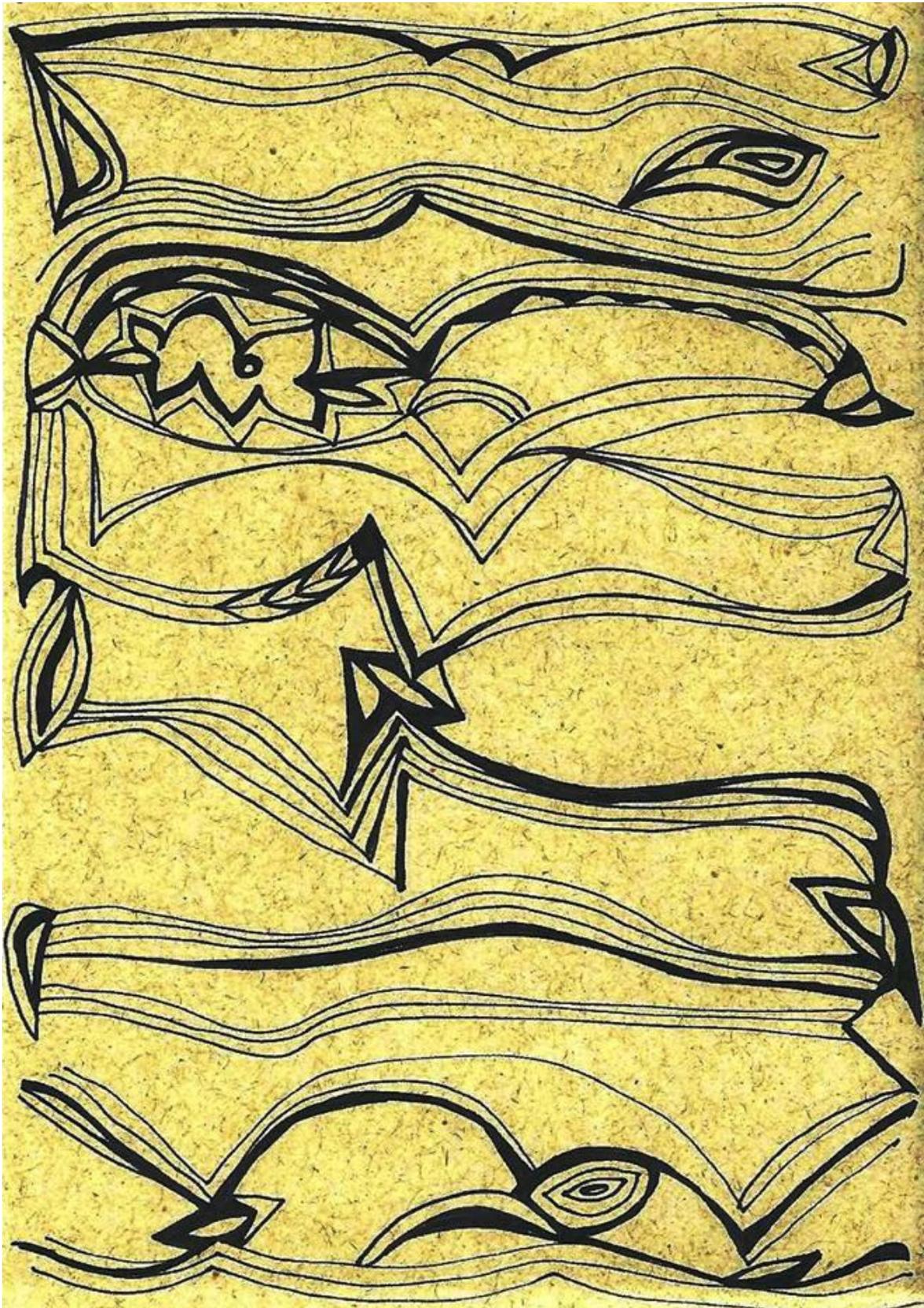


Figura 1: desenho de Gal de Sordi: Partituras

SUMÁRIO

RESUMO	xv
ABSTRACT	xvii
Introdução	25
O Projeto-Dispositivo Coletivo da Música.....	29
1) Oficina de percussão de bateria do Bloco de Carnaval:	30
2) Grupo de aperfeiçoamento e experimentação musical Retalhos de Cetim	31
3) Fórum itinerante do Coletivo da Música.....	31
4) Programa de rádio Coletivo da Música.....	32
CAPÍTULO I - Arte, Política e Reformas.....	35
A função da arte na Reforma Psiquiátrica: contextos e cenários	35
Uma estética psiquiátrica rompendo o silêncio?	40
Espanha-França: Tosquelles e Sant Alban	45
1960- <i>Basaglia</i> : o pós-guerra e os movimentos democráticos.....	49
A experiência de Osório e Nise: prenúncios antropofágicos.....	52
Comprovação do valor estético e o trabalho de Osório César.....	53
Nise da Silveira e o afeto elevado à expressão maior da vida.....	55
Sobrevoos pelas vizinhanças: experiências de musicalidades.....	60
Destes contextos: linhas reforma.....	68
CAPÍTULO II – Redes, Territórios de Expressão: a arte como função de agenciamento da vida. ..	75
Redes-Rizoma: explorando a interface entre saúde e filosofia	81
CAPÍTULO III – Inquietações Clínicas: incursões.....	89
Do problema genealógico da clínica e passagens biopolíticas.....	98
CAPÍTULO IV - Ethos e Movimento: perspectiva cartográfica para metodologia de pesquisa	105
Primeiras Ressonâncias: a produção do Coletivo da Música	105
Construção de um ethos	105
Segundas Ressonâncias: a pesquisa-intervenção e a análise da implicação.....	114
Terceira Ressonância: acessando ritornelos ou a construção de território	122

Quarta Ressonância – o <i>causo</i> Adoniram.....	125
Escrita-Instalação: Como cultivar o que se possa colher, compondo um instrumento.	132
Caderno das Ideias Experimentais: instalação-caderno	135
Algumas Incursões: e até uma quarta-feira de cinzas, de azuis, de horizontes e sons.	141
Atento aos Sinais:.....	147
Referências Bibliográficas	151
ANEXO I - TCLE	157
ANEXO II – Diários de Campo	159
Ouvindo Vozes e Tocando a Vida.....	159

Introdução

“Fazer música é eliminar o ruído entre a alma e o corpo.”

Tibério Azul

Partimos de uma ideia, mas uma ideia na cabeça é só uma ideia na cabeça. Vivemos o plano da experiência mergulhado em cotidianidades, e neste caso, um plano de experiência recheado de dia-a-dia de trabalho. Daí o desafio: escrever, narrar este estado de mundo, onde ideias e ações se misturam e se fazem, no mesmo movimento do intensivo vivido. Seria essa, então, a proposição de uma pesquisa, este movimento de ideias, de intuições, um exercício de apreender estados de mundo dos atos vivos.

Nossa pesquisa-intervenção (1) se faz nas tramas da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Campinas, no estado de São Paulo. Temos como objeto de pesquisa o Projeto *Coletivo da Música*, desenvolvido por usuários, trabalhadores e gestores da rede.

Tomando a clínica como um dos grandes campos de disputa na produção de políticas, práticas e saberes em saúde no contemporâneo (2-4), buscamos com essa pesquisa identificar como a arte interessaria à clínica. Para tanto, exploraremos os limites e as possibilidades acerca da discussão clínica-arte, na tentativa de refletir, analisar e, sobretudo, construir outros problemas e possíveis saídas para as dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho em saúde.

Interessa-nos, mais especificamente, pensar-problematizar quais linhas sutis e de intensidades emergem no trabalho do Coletivo da Música, que no ressoar das vozes-instrumentos vão traçando e alinhavando outros fios que compõem esse emaranhado de forças, possibilitando outros gestos, outras sensibilidades, e assim, outros modos de produzir cuidado.

Há seis anos um grupo de profissionais, interessados nos trabalhos artísticos na clínica da saúde mental, propuseram a articulação das oficinas de música realizadas nos CAPS e Centros de Convivência, sob o pretexto (pré-texto) de constituírem uma bateria de Bloco de Carnaval. Diversos trabalhadores, de distintos equipamentos, realizaram

encontros periódicos para tal empreitada. Decorreram disto, o fortalecimento e a possibilidade de articular as práticas coletivas de cuidado que já ocorriam nos serviços de saúde.

As práticas de saúde associadas às atividades artísticas e às manifestações culturais se intensificaram no município de Campinas no princípio da década de 90, como efeito dos deslocamentos produzidos pelos intrincados campos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Posto isto, a aposta em uma nova clínica, uma clínica enquanto cuidado, em serviços substitutivos, abriu espaços para a criação dos Centros de Convivência (CECOS), pautados no exercício da convivência, na realização de atividades culturais, artísticas e coletivas.

De acordo com Lima (5), a nova clínica exercida nos CECOS surgiu do desafio da implementação dos equipamentos substitutivos pelos trabalhadores dos CAPS, na tentativa de produzir possibilidades de encontros entre sujeitos, entre subjetividades, deslocando-se, assim, do objeto doença e transformando o próprio sujeito protagonista-objeto de intervenção. Esses Centros Convivência são, sobretudo, equipamentos que possibilitaram a irrupção de novos objetos, novas relações tecidas no *socius*, alinhavadas em teares e fuxicos, que transitam entre múltiplos campos de saberes-poderes e irrompem em circulações de afetos (6).

Neste contexto, encontra-se o desafio da nova clínica do Coletivo da Música, por ser uma experiência que não se localiza em um só equipamento, como os CAPS ou CECOS. O Coletivo da Música, entendido como uma aposta na construção de cuidados em saúde às pessoas com transtornos mentais, transversaliza distintos e diversos¹ equipamentos como os CAPS III, os CAPS Ad, os Centros de Convivência e as Unidades Básicas de Saúde num movimento contra-hegemônico, na margem da clínica instituída (7).

Intentamos aqui a ideia de margem, como remansos de um rio caudaloso, que em meio às constantes correntezas e sentidos cria suas próprias fugas. Zona de criação de novas possibilidades onde o rio, ainda rio, corre em outros sentidos, concorre com outras

¹ No município de Campinas hoje, encontramos entre serviços unidades de referências cerca de 9 CAPS (entre eles CAPS III, CAPSi, CAPS AD), como também Enfermaria Municipal Especializada, Núcleo de Retaguarda SSCF, Centros Comunitários e de Convivências. Ver <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/>

forças, dobra-se, dentro e fora, recriando-se nas margens. Estar na margem é poder habitar o limiar das formas instituídas, ao contrário de estar à margem, que indicaria um movimento de exclusão. Em última instância, podemos dizer que este coletivo se localiza em movimento, criando uma articulação entre a rede de serviços e os espaços da cidade: quiosques, ruas, blocos, praças...

Nosso plano de experiência se faz em uma dessas dobras do campo da saúde, onde o campo da saúde coletiva e o campo da saúde mental, com suas contribuições teórico-práticas, se encontram. Tal prática se localiza mais precisamente nos limites destes saberes e fazeres, nas margens destes campos. As temáticas da construção coletiva do trabalho/cuidado e a problemática da expressão e comunicação são comuns a ambos os campos.

Na experiência, vivemos o movimento de tentar tornar marginais estas práticas de arte e música. As políticas de meta, indução por monitoramento, indicam os investimentos, desinvestimentos e entendimentos sobre o que é fazer saúde. Nesse sentido, tais práticas ficam fora do campo de visibilidade e investimento. Nosso movimento foi de tentar situar tais experiências na margem, no limiar entre o dentro e o fora do próprio campo, produzindo variações e saídas dos espaços formais como esforço cotidiano que resiste aos movimentos de interiorização e das práticas enrijecidas nos estabelecimentos de saúde.

Através do Coletivo da Música percorremos diversos territórios², nos quais diferentes atores e equipamentos estão ou não se conectando. Acompanharemos estas conexões perguntando-nos que produções de saúde são engendradas nestes transbordamentos das formas instituídas, e quais novas realidades podem ser ou são tecidas.

Ao retomarmos quais condições históricas, sociais, culturais produzem tal objetivação de um campo clínico, suas condições de enunciação e singularidades próprias a sua atualidade, tencionamos as contradições inerentes ao campo, no esforço de superá-las e, assim, neste jogo de forças, de produzir outros vetores, outras linhas de expressão do cuidado.

² Trabalharemos o conceito de território mais adiante.

No plano dessa nova prática, nos deparamos com a função da música na articulação de redes de produção de saúde, com o modo como se dá a sustentabilidade dessas práticas e o que elas nos dizem sobre a própria rede de saúde. A partir desses novos vetores, pretendemos identificar com que modelos e modos de produzir saúde nos deparamos quando a arte está presente enquanto uma prática de produção de saúde, de produção do sujeito e das subjetividades, e quais linhas atravessam tais práticas.

As inquietações colocadas aqui são deliberadas e provisórias na intenção de traçarmos alguns caminhos que do plano da experiência da Rede de Saúde Mental, colocam-se necessários à compreensão das práticas e produções da mesma, e não de buscar uma verdade única sobre o trabalho em saúde hoje e seu campo de emergência.

O trabalho coletivo em rede tem se tornado um instrumento da Reforma Psiquiátrica, da Reforma Sanitária e das atuais Políticas Públicas cada vez mais importantes (8-11). Em nossa perspectiva, reconhecemos o vasto campo de contribuições, potencialidades, limites e desafios desses serviços. Os avanços e os desafios galgados pelos movimentos de reforma e pelas proposições das políticas públicas nos colocam a necessidade de investimentos teórico-práticos. Assim, investimos nossos estudos nas principais frentes de ação que compõem a Rede de Saúde Mental (CAPS, CECOS, Equipes Mínimas de SM nas UBS) traçando um diálogo no que tange ao encontro das temáticas da política, gestão e cuidado tão caras à saúde coletiva.

Nosso processo-pesquisa será norteado por um conjunto de questões que se colocam ao problematizarmos a criação/produção de saúde, a produção de modos de subjetivação, a construção coletiva do cuidado, a prática e as expressões artísticas e seus efeitos clínicos. Como se constitui o coletivo da música? O que ele põe a funcionar? Que fatores dão sustentabilidade a este movimento? Que fatores dificultam esta sustentabilidade? Que visibilidade esse movimento produz sobre diferentes modos de produzir saúde/cuidado? Como se dá a relação entre este dispositivo e os demais dispositivos da rede? Com quais práticas instituídas este movimento se esbarra?

Cartografar o movimento do Coletivo da Música permite cartografar a próprio movimento da rede de serviços.

O Projeto-Dispositivo Coletivo da Música

Verificamos com o desenrolar do projeto do Coletivo da Música que são muitas as atividades musicais realizadas formalmente e informalmente nos equipamentos da rede. Já se tocava/cantava muitas coisas nestas redes/tramas. Enquanto experiências musicais, temos as que ocorrem nos serviços e as que ocorrem a partir do projeto Coletivo da Música, que não se restringem às ações realizadas dentro dos serviços.

O Coletivo da Música se constitui, num primeiro movimento, dos desdobramentos destas oficinas, grupos e atividades realizadas nos diferentes serviços. Em um segundo movimento, este coletivo se constituiu a partir das articulações destas atividades na construção de outros lugares/experiências, para além dos equipamentos formais de saúde, através de atividades realizadas principalmente nas ruas da cidade.

A partir do plano da experiência do Coletivo da Música, podemos afirmar que a música traz seus instrumentos e, ao mesmo tempo, se faz instrumento de trabalho. Ao fazer música, ao se propor a acompanhar ritmos, tons, cantos e descompassos produzidos nos encontro musicais, apostamos na expressão construída coletivamente, e, com isso, em uma função da música na construção de coletivos de produção de saúde.

Neste processo colocamo-nos as seguintes questões: Que novos territórios se constituem a partir dessas articulações? Que reverberações esta experiência produz nos arranjos instituídos da rede? Que rearranjos essas experiências provocam nos processos de trabalho?

Acompanharemos neste processo-pesquisa as atividades do Coletivo da Música realizadas em conjunto com os diversos serviços de saúde, bem como os trabalhadores, os usuários e a comunidade. As atividades que iremos acompanhar são: 1) Oficina de percussão de bateria do Bloco de Carnaval; 2) Grupo de aperfeiçoamento e experimentação musical Retalhos de Cetim; 3) Fórum itinerante do Coletivo da Música e 4) Programa de rádio Coletivo da Música.

1) Oficina de percussão de bateria do Bloco de Carnaval:

Era segunda-feira, a antiga estação da FEPASA seria o ponto de encontro para a realização de nossa oficina. Descarregar os surdos, ripinique, tamborins, caxetas. Um grupo de rapazes e uma moça já nos aguardavam: Oi, viemos lá do David, a psicóloga falou pra gente esperar o pessoal aqui. Sob as folhas de zinco tilintavam uma chuva de verão. A gente atrasou pois a chuva deu uma apertada...o som do teto, aos poucos, foi se misturando com as batidas ainda tímidas e desritmadas. Ao longo de quase duas horas o coordenador, mestre de bateria, conduzia a experimentação com os sons de cada instrumento. Os componentes do grupo aquecem a relação com o instrumento, com os sons, o tempo, a velocidade à medida que se alternam ritmos, intensidades, numa experiência para além de uma aula, mas uma experimentação direta entre os corpos (instrumentos, componentes, monitores, sons, grupo) que constrói a própria cadência emergindo o som mais harmonioso. (Narrativa-memória de trabalhador).

Composta por usuários, familiares, trabalhadores e comunidade, coordenada pelos músicos-trabalhadores e sob a supervisão de um mestre de bateria, a partir de fundamentos do samba, experimentamos a formação de uma bateria que se apresenta no desfile do bloco Unidos do Candinho, no Carnaval. Seus ensaios ocorrem mensalmente a partir do segundo semestre de cada ano, até o carnaval. São abertos e realizados em locais públicos como praças, barracões da antiga estação ferroviária, galpões de escolas de samba das comunidades.

Outra frente deste trabalho é o anual concurso de samba enredo, todos os equipamentos são convidados e participam com inscrições de músicas, letras e afins. Todas as etapas do processo que define o samba enredo a ser cantado no desfile do Bloco (inscrições, seguidas das etapas de escolha de composições, gravação no estúdio e divulgação) são processos construídos coletivamente.

2) Grupo de aperfeiçoamento e experimentação musical Retalhos de Cetim

De tanto experimentar a gente pegou gosto. A gente vem aqui pra trabalhar, tem que ensaiar direitinho se não, não sai não um samba redondo, e não adianta depois chegar lá na frente e querer ficar enfeitando o microfone, o que a gente quer é cantar bunito . É mostrar a nossa arte. (Narrativa-memória de usuário).

Atividade realizada em um Centro de Convivência, composto por usuários, trabalhadores e comunidade. Neste trabalho, três equipamentos (CAPS Esperança, Núcleo de Retaguarda e Centro de Convivência Espaço das Vilas) estão diretamente ligados na articulação e estruturação das atividades. Após alguns anos de experiência, em uma oficina musical de experimentação livre, o grupo de usuários e trabalhadores ganhou consistência e hoje se desdobra em grupo de aperfeiçoamento musical.

3) Fórum itinerante do Coletivo da Música

Combinamos de nos encontrar na parada da padaria do Mall, foram 65 minutos de perua cortando a cidade, alguns carros se encontraram em pontos estratégicos para seguirem juntos ao novo território, o novo CAPS. Ao entrarmos na casa recém-pintada, percorremos os corredores e salas até o ateliê, onde a roda de cadeiras já estava posta. Receptividade guardada na garrafa de café e bolachinhas. Dentre equipe técnica, quase todos adentram a sala nos primeiros toques de pandeiro e acordes do violão. Entram, apresentam-se e permanecem ali, na roda, com cantos por vezes de voz empostada, outras quase sussurradas... Aos poucos um coro, um som. Após 45 minutos, vamos com a pausa, para um cafezinho, puxando a pauta, lembrando os informes e escutando uns aos outros. (Narrativa-memória de trabalhador).

Fórum permanente entre profissionais da Rede de Saúde Mental que trabalham com atividades musicais. Tem como objetivos fomentar, potencializar e integrar as atividades de música desenvolvidas na rede. As reuniões são bimestrais, têm um caráter itinerante, percorrendo todos os equipamentos em que estão alocados os profissionais integrantes. Uma das estratégias utilizadas para a troca e circulação nestes serviços é compor a reunião em dois momentos: a realização de uma roda de experimentação musical, em que convidamos os demais usuários e trabalhadores ali presentes para tocarem e cantarem, e a roda de informes, pautas e planejamentos de atividades coletivas.

4) Programa de rádio Coletivo da Música

Salve ouvintes do programa, hoje recebemos aqui um coral de ilustres senhoras que se reúnem semanalmente no Centro de Convivência Casa dos Sonhos, elas nos presentearão com lindas canções do tempo do rádio. Nosso estúdio hoje está florido, com vocês, Rosas de Aço. (Locução extraída da Rádio Online Maluco Beleza, programa Coletivo da Música).

Programa de rádio (Rádio Online Maluco Beleza) com gravações e exibições semanais, realizado com usuários, trabalhadores e comunidade no Ponto de Cultura Maluco Beleza. A programação, tema e montagem acontecem de acordo com seus participantes, utilizando-se de multimídias e acompanhamentos instrumentais. Nosso pretexto (pré-texto) é falar de música, suas memórias e relações com cada vida que nos chega.

Assim, a experiência do trabalho em saúde nos colocou algumas questões, tantas outras inquietações, que tentaremos aqui dar expressão, tomar palavra, dar voz. Como podemos construir o cuidado em rede? Quais as tecnologias que acionam e efetivam essas diretrizes da atual Política Pública no campo da Saúde Mental? E, sobretudo, ao acompanharmos as práticas do Coletivo da Música, em que medida a interface arte e saúde atualizam-se enquanto produção de cuidado?

Inspirados pelo pensamento de DELEUZE and GUATTARI (12), entendemos que essas expressões artísticas, ativam e compõem o plano de criação do próprio trabalho

em saúde, e por consequência, entende-se que a experiência da musicalidade, com suas temporalidades, ritmos e composições, possibilitam a construção de um território. Que relação este território cria com a rede de serviços? Que concepções de rede trabalhamos? Que concepções de território trabalhamos?

CAPÍTULO I - Arte, Política e Reformas

A função da arte na Reforma Psiquiátrica: contextos e cenários

Destacamos algumas linhas históricas que darão luz aos contextos e cenários produzidos em meio às lutas políticas, sociais, históricas e suas conseqüentes expressões estéticas que incidiram diretamente no modo como o próprio campo da saúde e suas reformas se deram, uma vez que seria uma tarefa descomunal reconstruir aqui a extensa e complexa história da Reforma Psiquiátrica, bem como a constituição do saber psiquiátrico.

Ao se realizar recortes de passagens, histórias e paisagens, se efetua uma bricolagem que se quer mais em afinidades de variação, de improviso, de colagem, de composição. Para compor um campo de análise que se sabe heterogêneo e múltiplo, em que objetos e intervenções se dão na medida mesmo em que se efetiva o campo, e suas variações e produções nem sempre se expressarão como belas formas estéticas, recorre-se a uma técnica de vital rigor, notoriamente parcial, incompleta, e distante de verdades absolutas na tentativa de análises transformáveis (13).



Figura 2: Hieronymus Bosch, A Nave dos Loucos, 1490-1500, técnica óleo sobre madeira, Dimensões - 58 cm x 33 cm, Museu do Louvre, Paris

Assim, nesse capítulo, serão abordados alguns estudos acerca das temáticas da loucura, da arte e da política, com o objetivo de problematizar como a arte esteve presente, na forma de uma expressão contracultural e na forma de expressão artística, ao longo da Reforma Psiquiátrica, como um não-pensado da própria reforma, um estranho presente. Que sentidos são dados à arte e como podemos repensar esta função e outros sentidos tanto ao longo dessa história quanto no trabalho empírico?

Lima and Pelbart (14), ao trabalharem os temas arte, clínica e loucura, trazem uma bela discussão

sobre a emergência de um território com distintas tonalidades e texturas, um *território em mutação*.

Ponto de partida para tal reflexão é a constatação de que não foi em qualquer configuração histórica, social e cultural que a composição do campo artístico interage com o campo da clínica. Baseando-se nos estudos de Foucault and Coelho (15), os referidos autores relataram que nos hospitais do mundo árabe do século XII, destinados exclusivamente aos loucos, expressões artísticas como a música, a dança, a interpretação de contos fabulosos eram utilizadas como formas de intervenção, de cura da alma. Dissertaram também que, na época da Renascença, ocorreu uma retomada dos conhecimentos e práticas da Antiguidade, conjuntamente ao interesse pela loucura em diversos âmbitos da vida cultural, sobretudo na arte. Foi durante esse período que essa dimensão da experiência trágica da loucura tomou novos ares, posto que certo tom de liberdade imaginária ainda florescia nos céus da Renascença. Assim, nestes primeiros hospitais destinados a insanos, a arte se aproximou do campo das práticas clínicas. “(...) As artes, em especial a música, tinham aí virtudes terapêuticas que atuavam na totalidade do ser humano, penetrando-lhe corpo e alma” (14, p.712).

Entretanto, ao longo do século XVII, verificou-se um deslocamento de luz à sombra nessa *experiência trágica da loucura* (termo cunhado por Foucault). Jogo de luz e sombra que dará lugar privilegiado a uma consciência crítica da loucura. Em breves palavras “a loucura passa a ser percebida não mais como uma estranheza familiar do mundo, mas no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se ao grupo e, por fim, como doença mental” (Peter e Beth 2007). p.713). Experiência clássica da loucura que a silencia.

Nas palavras de Foucault and Coelho (15):

Não há possibilidade alguma de qualquer diálogo, de qualquer confronto entre uma prática que domina a contranatureza e a reduz ao silêncio e um conhecimento que tenta decifrar as verdades da natureza. O gesto que conjura aquilo que o homem não pode reconhecer permaneceu estranho ao discurso no qual uma verdade surge para o conhecimento. As formas

de experiência se desenvolveram por si mesmas, uma numa prática sem comentários, a outra num discurso sem contradição. Inteiramente excluída, de um lado, inteiramente objetivada, de outro, a loucura nunca se manifesta em si mesma e numa linguagem que lhe seria própria. Não é a contradição que permanece viva nela, mas é ela que vive dividida entre os termos da contradição. Enquanto o mundo ocidental esteve voltado para a idade da razão, a loucura permaneceu submissa à divisão do entendimento (15, p.191).

Foucault and Coelho (15) afirmou que *O Romance* – século XVIII – institui o meio de perversão por excelência de toda a sensibilidade, “ele isola a alma de tudo o que há de mais imediato e natural no sensível a fim de arrasta-la para um mundo imaginário de sentimentos tanto mais violentos quanto irrealis e menos regidos pelas suaves leis da natureza” (15, p.378).

Em um mesmo movimento, a razão se aliena no próprio movimento em que toma posse do desatino. Assim, ao se analisar esta alienação da verdade, coloca-se em complexo campo de forças, em que outros discursos se apresentam, produzindo neste jogo novos lugares da loucura, do louco. Desta perspectiva, podemos afirmar que, ao longo da história da psiquiatria, são diversos os dispositivos produzidos para o enfrentamento da loucura e sua consequente definição.

Dentre tais dispositivos, o campo das atividades e expressões artísticas colocou-se como um modo de enfrentamento ao final do século XIX e início do XX, na transição entre Romantismo e as concepções estéticas das artes de vanguarda Moderna, sendo possível constatar uma perspectiva que iria considerar em diversos aspectos a produção do louco.

A criação e a organização dos hospícios e o internamento produzidos em torno do tratamento moral produziram a objetivação e o silenciamento da própria loucura. Com isso, as expressões artísticas (romances, histórias, espetáculos teatrais e músicas) passaram a ser compreendidas à luz da perversão da sensibilidade, do desregramento dos sentidos, do cultivo das ilusões, produtores, enfim, das doenças nervosas e mentais (14). Na

racionalidade clássica, observou-se, então, uma produção entre clínica e arte como uma não-relação pautada pelo silêncio. Entre esses dois campos ressoou o silêncio, ao qual foi condenada a loucura por toda a época clássica, exilando-se a loucura e também a arte dos espaços ditos clínicos. A racionalidade científica a respeito da loucura excluiu a arte como campo da experiência clínica, sendo ela condenada como a causadora da própria loucura.

Lima and Pelbart (14) advertiram que tal reconciliação entre loucura e o domínio da linguagem precedeu qualquer investida da clínica pela arte. Tal movimento seria efeito de uma série de profundas transformações no pensamento ocidental. Na transição do século XIX ao XX, uma conjuntura de acontecimentos ensaiou um diálogo entre uma forma de conhecimento científico mecanicista e uma forma de conhecimento intuitivo e estético.00

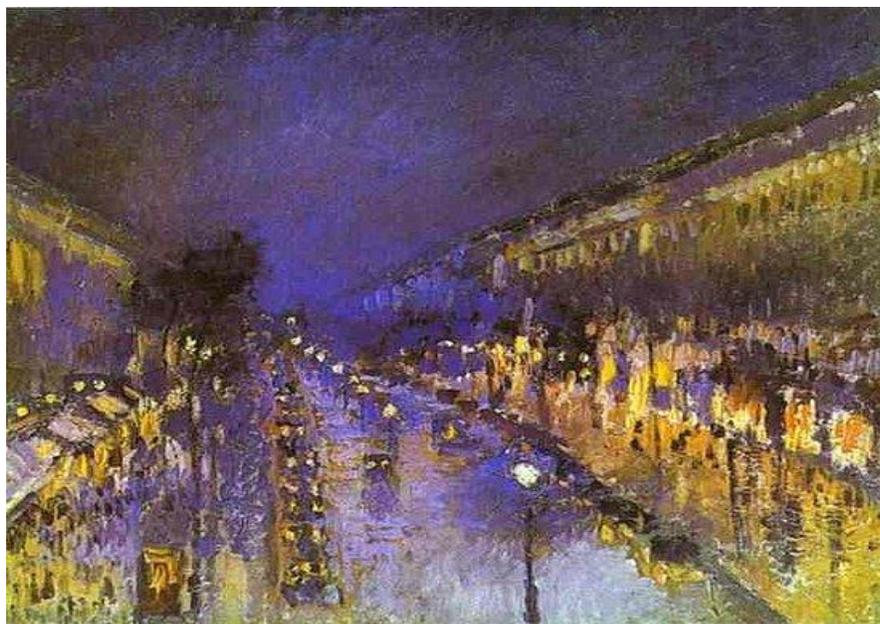


Figura 3: Camille Pissaro, Boulevard Montmartre la nuit, 1898.

Ao acompanharmos alguns efeitos desta transição do século XIX ao XX, nossa bricolagem ganha outras texturas e paisagens. Neste jogo de disputas e arranjos concretos, puxemos algumas linhas que tangenciam estes deslocamentos que constituíram o campo dos saberes psi, da Reforma Psiquiátrica e o que contemporaneamente chamamos de Saúde Mental e suas (de) composições artísticas.

Assim, ao se percorrer as fronteiras entre territórios da arte e da loucura, destaca-se o período de transição do século XIX e XX, momento histórico em que, no campo da arte, a intensidade das cores e a sensibilidade do artista impulsionavam a revolução impressionista. A sensibilidade ocidental se alargava levando as expressões estéticas a um confronto com o já estabelecido pelas normas cultas europeias e seus pressupostos progressos. Produção de outra sensibilidade, “alargamento da sensibilidade, a prática artística dirigiu-se para a exploração daquilo que lhe era exterior, visando à pesquisa de novas formas de fazer arte e buscando operar no limite da linguagem artística e do sistema da arte” (14, p.713).

Explorar as formas por composição de técnicas. Exemplo disto é a utilização de técnicas em que as diferentes luminosidades de uma mesma paisagem possibilitaram ao artista a composição de várias perspectivas em uma mesma obra. São técnicas fortemente influenciadas pelo desenvolvimento cultural, econômico e científico da época. O desenvolvimento da física (óptica) tornou possível a utilização de técnicas em que as cores eram aplicadas segundo a lei da complementaridade, produzindo uma fusão de tons nos olhos do observador. A descoberta da técnica fotográfica produziu na pintura outros enquadramentos e novas perspectivas. Alguns artistas deste movimento foram Claude Monet (1840-1926), Degas (1834-1917), Renoir (1841-1919), Pissaro (1830- 1903) e Vincent van Gogh (1853-1890). Em uma passagem do livro de cartas autobiográficas de Van Gogh pode-se encontrar:

4 de novembro de 1885

Estou totalmente preocupado com essas leis das cores. Ah, se tivéssemos aprendido quando jovens! (...) Pois as leis das cores que Delacroix codificou pela primeira vez, e que pôs com clareza ao alcance de todos os homens em toda sua amplitude e com todas suas relações (...) em meus estudos pinceladas com espessuras mais ou menos grandes de cor. Isto não significa nada; se a deixarmos por um ano e então as raspamos rapidamente com a navalha, a pintura terá uma cor muito mais consistente. (Van Gogh, 2012, p.157)

Na exploração por esses campos de exterioridade – como na busca por intensidades de luz nas sombras, ou ainda na composição de variadas cores pinceladas que

expressam uma nova tonalidade – o impressionismo conduziu a uma nova percepção de mundo no início da modernidade, que rompeu com os cânones europeus acadêmicos e instaurou outras perspectivas e linguagens. Estas relações de exterioridade exploraram a vizinhança entre arte e loucura, tanto no processo de criação do artista, quanto no interesse pelas produções realizadas nos asilos. Desta maneira, afirmam Lima and Pelbart (14):

As relações entre arte, clínica e loucura passaram a se esboçar a partir da confluência entre dois deslocamentos: de um lado, buscando conquistar uma linguagem, alguns habitantes do mundo da loucura faziam um movimento quase imperceptível – já que oriundo de um espaço de exclusão e silêncio – em direção à criação artística; de outro, alguns artistas, ao se debruçarem sobre a alma humana e suas vicissitudes e buscando ampliar os limites de sua linguagem, voltavam seu olhar para o mundo da loucura. (14, p.713).

Seriam estes deslocamentos e confluências de olhares e interesses diversos no entorno da arte e ciências que possibilitariam o surgimento, mesmo que à margem, nos campos da saúde e, sobretudo no campo da Reforma Psiquiátrica, de alianças entre o saber psiquiátrico, as criações artísticas e o seu uso como recurso na transformação das representações do fenômeno artístico e da loucura?

Uma estética psiquiátrica rompendo o silêncio?

El lenguaje de la psiquiatría, que es un monólogo de la razón sobre la locura, no ha podido establecerse más que sobre tal silencio. No he querido hacer [en la "Historia de la Locura"] la historia de ese lenguaje sino más bien la arqueología de ese silencio. Michel Foucault³

³ A linguagem da psiquiatria, que é monólogo da razão sobre a loucura, não poderia ter se estabelecido sem este silêncio. Eu não queria fazer [na "História da Loucura dá"] a história desta linguagem, mas sim a arqueologia deste silêncio.



Figura 4: Jeremy Harris, American Asylums: morl architecture of the 19 th century

No Brasil, em meados da década de 80, as propostas de abertura dos asilos e manicômios se faziam sob orientações macropolíticas e, em alguns estados, impulsionadas pelos movimentos de re-democratização do país e suas lutas sociais, protagonizadas por distintos grupos de toda sociedade. Neste cenário, cabe destacar o trabalho da artista e curadora de arte Maria Heloisa Corrêa de Toledo Ferraz, que adentrou os escombros e acervos do Hospital Psiquiátrico do Juqueri, no estado de São Paulo, para a realização de uma curadoria da exposição realizada no MAC (Museu de Arte Contemporânea - SP), e que, posteriormente, resultou em um dos primeiros livros acerca dos temas das artes das minorias, das artes dos loucos no país.

Tal experiência foi relatada em seu livro *Arte e Loucura: limites do imprevisível*. Ao retomar o início do trabalho na escola de arte do Juqueri (Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri) relatou o misto de comoção e fascínio, o confronto com a expressão da loucura em um espaço estigmatizado, em que o cerceamento só deteriorou as

condições de vida. Contou-nos que adentrar e abrir estes bolsões de clausura fazia-se altamente complexo.

Constatou que os hospitais psiquiátricos traziam verdadeira visão de um mundo impossível, limitado, desvitalizado, onde a vida se encerrava nas memórias, em memórias de uma vida reduzida a lembranças e misérias. Suas vivências possibilitaram uma abertura que arrastava em um só movimento múltiplos olhares e perspectivas para se pensar outros caminhos, possíveis intervenções sobre as condições que se encontrava o hospital. Adentrar e abrir os portões e celas, traspasar as barreiras imaginárias e seus muros concretos era um imenso desafio, uma empreitada delicada e urgente. As questões que orientaram o trabalho realizado por Toledo Ferraz (16) de imediato tocaram no enfrentamento necessário para a alteração das modalidades de atendimento e tratamento dos pacientes que se encontravam cronificados e recolhidos durante décadas naquele espaço.

Assim, no campo das artes plásticas produzem-se novos investimentos em uma reinvenção de olhares na compreensão da realidade ali presente e possibilidade de avançar em novas propostas. Deste modo, não somente se acompanha um dos primeiros esforços de uma pesquisa histórica do encontro entre o campo da arte e a psiquiatria feita no Brasil, como também se acompanha o que suscitou no campo da saúde o investimento nas artes.

de Toledo Ferraz (16), ao trabalhar o tema arte e loucura, nos trouxe instigantes provocações ao trabalho em saúde. Ao habitar o campo da saúde – pela experiência de curadoria de uma exposição da Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri – nos apresentou uma multiplicidade de experiências artísticas que estetizaram e criaram vida, concluindo que os encaminhamentos expressivos permitiriam “sempre ampliar o universo comunicacional” (16, p.126).

Seu trabalho nos traz questionamentos oriundos das artes plásticas de seu tempo, como também ao longo destas décadas que nos provocam inquietações e problematizações de nossa atualidade, bem como no trabalho em saúde. Questões como a constatação da disparidade entre a fácil identificação de que ocorreu um grande impacto com a produção criadora dos doentes mentais em diversos âmbitos, desde o imaginário social, estendendo-se à influência nos trabalhos de intelectuais e artistas, e a ausência de

produções de pesquisas, publicações e ou qualquer legitimação destes trabalhos na área acadêmica.

Essa disparidade provoca estranhamento, uma vez que o interesse no campo da saúde pelas expressões artísticas dos insanos surge já nos trabalhos plásticos de Ambroise Tardieu (1870) Lambroso (1889), Max Simon (1876 e 1888) e atravessa o século XIX e XX. (juntar com parágrafo de cima). Estranhamento presente que nos evidencia paradoxos, usos e modos que constituíram este encontro arte-saúde? Seria então a expressão artística um caso de tecnologia tímida e ou tecnologia com distintos sentidos e usos ao longo destas décadas no campo da saúde?

Neste contexto, são muitas as tramas e enredos na relação arte e loucura. Datam neste mesmo período – transição do século XIX e XX – a emergência do campo de saberes das teorias psi (psiquiatria, psicologia, psicanálise) e as novas concepções artísticas em uma correlação histórica que produziram novos sentidos e fazeres às expressões artísticas dos ditos insanos. Correlação, portanto, da produção de novos campos de saberes e seus poderes e os movimentos de vanguardas artísticas e suas tendências estéticas (16).

Os desdobramentos da relação entre arte e psiquiatria datam do século XIX, quando se encontram os primeiros registros da introdução de atividades artísticas, sob a forma de artesanato, ou ateliês, ainda atividades de natureza expressiva nos hospitais psiquiátricos (16) Thomazoni e Fonseca, 2011). Há neste momento uma diversidade de linhas terapêuticas, com diferentes interesses e correlações com o campo da arte.

Como afirmou de Toledo Ferraz (16) o interesse pela produção artística dos doentes mentais por parte da psiquiatria era circunstancial, somente após a publicação do trabalho do médico legista Ambrosie Tardieu (1872) foi possível inferir a utilização no campo psiquiátrico dos desenhos produzidos pelos insanos com o intuito de identificar diagnósticos através dos vários estilos artísticos. Lima e Peubart (2007) também abordaram estes primeiros trabalhos. A tônica era a análise psicopatológica das produções plásticas e a busca de um modelo que permitisse correlacionar características de estilo a diferentes formas patológicas. Ao retomarem estudos de Karl Jaspers (1883-1969), os referidos autores afirmaram que o olhar do psiquiatra examinava as obras essencialmente pelo valor

sintomatológico, utilizando-as como recurso auxiliar ao diagnóstico. Neste momento, a expressão artística foi tomada como uma possível revelação da condição psíquica, revelação de sua patologia como uma forma que tangenciava o sintoma vivido pelo doente mental. São exemplos os trabalhos de Max Simon, Regis, Morselli, Lombroso, Dantas, Mohr, os quais representaram esforços no sentido da aproximação entre linguagem científica e as produções artísticas-figurativas dos manicômios.

Outra vertente de trabalhos do campo da psiquiatria que buscaram uma compreensão entre vida, obra e loucura – deslocando-se do uso da produção artística como instrumento auxiliar diagnóstico – foi a dos trabalhos de médicos como *Réja, Delacroix, Morgenthaler, Prinzhorn e Kretschmer*. Destacando-se entre estes o médico psiquiatra Hanz Prinzhorn. Foi em 1922 que Prinzhorn organizou toda a produção artística plástica francesa e alemã em sua publicação *Expressões da Loucura*⁴, propondo a discussão dos processos criativos enquanto mecanismos de elaboração destes sujeitos. Muito influenciado pela fenomenologia da Gestalt, afirmou a presença de um impulso criador, *um ímpeto criador escondido sob o processo civilizatório* nas obras (16) Thomazoni e Fonseca, 2011).

As proposições de Prinzhorn dispararam questões importantes no campo arte-loucura-clínica. Efeito disso foi a compreensão de que as criações dos doentes mentais não poderiam mais ser barradas, nem encerradas nos transtornos psíquicos, e sim levadas à compreensão artística, para além da interpretação da loucura. Constatações que alargaram, ampliaram os processos da experiência da loucura e, sobretudo, colocaram na centralidade destas discussões o ato de criação. E com isso, gradativamente a arte produzida pelos insanos nas instituições asilares ganharam territórios e externalidades.

Thomazoni e Fonseca (2011), ao retomarem os estudos de Prinzhorn, afirmaram que a partir dos mesmos encontra-se uma diversidade de perspectivas que oscilam entre *olhar mais encerrado* ao modelo biológico e diagnóstico da Psiquiatria até um *olhar de abertura* com perspectivas e tendências pelas quais era possível se falar em expressão.

⁴Tradução do título “Bildneri der Geisteskranken” utilizada pela autora Maria Heloisa Correa de Toledo Ferraz.

Neste mesmo período, contribuições importantes advindas das correntes psicanalíticas investiram, por meio de diferentes abordagens, em análises das obras. Com a psicanálise categorias como *a interpretação do processo imaginativo, das fantasias, a origem das associações de ideias, os simbolismos de algumas imagens mentais, o papel da obra de arte na vida do artista e do receptor, a atividade criadora e suas relações de processos interiorizados* foram traçadas no campo das criações artísticas, bem como no campo da psiquiatria (16).

Assim, os estudos científicos no campo arte-loucura a partir das produções expressivas dos doentes mentais foram liderados por países como Alemanha, Suíça, França e, posteriormente, por toda a Europa e países da América. No Brasil, foi na década de 20 que encontramos importantes trabalhos no campo da psiquiatria que trouxeram consigo essas rupturas e movimentos de vanguarda. Neste ponto, gostaríamos de somar a esta conjuntura recortes históricos, acontecimentos que entrelaçam arte clínica e loucura, muito caros à constituição do campo da Reforma Psiquiatria.

Espanha-França: Tosquelles e Sant Alban

Na Espanha, em 1936, intensos movimentos sociais, econômicos, históricos e políticos: do embate entre a coalizão de esquerda e as forças armadas sob o comando do general Franco desdobraram-se em uma guerra civil que se estendera por três anos. Neste contexto, o psiquiatra catalão François Tosquelles viveu, junto a toda sociedade civil espanhola, a experiência de auto-gestão e implantação da República Espanhola. Importante luta pelo ideário de democracia, bem como um profundo posicionamento diante de um governo totalitarista BAREMBLIT, 1996 (17)

A prática psiquiátrica em tempos de guerra civil se deu no cuidado em campos de batalha. Com os médicos que ali se encontravam, Tosquelles desenvolveu um trabalho de escuta. No desenrolar da guerra, implantou um serviço de psiquiatria no exército, que

além de cuidar dos que padeciam ali de intenso sofrimento psíquico, apoiava a equipe do hospital e propunha estratégias para o recrutamento de soldados.

Seu trabalho ganhou o reconhecimento do Serviço de Psiquiatria da Armada Popular Espanhola, criando, assim, um serviço móvel que se deslocava à medida em que o campo de batalha também se movia. Nomeado de *terapêutica comunitária*, sua equipe era composta por diversos e diferentes tipos de pessoas, desde advogados, camponeses, padres, artistas que trabalhavam voluntariamente e demonstravam aptidão ao exercício de cuidado. A capacidade de estar com os outros e de estabelecer trocas foram características da formação promovida por Tosquelles. Características estas que se diferenciavam radicalmente das escolas da psiquiatria clássica (17).

As forças armadas do General Franco se sobrepuseram às forças republicanas. Findou-se a guerra civil espanhola e iniciou-se a Segunda Guerra Mundial. Tosquelles escapou da Espanha e foi em direção à França. Após um período de reclusão no campo e muitas intempéries vividas neste regime de guerra, seguiu em direção a um campo de refugiados onde se deparou com um alto índice de suicídio. Conquistou a confiança do comandante do campo, e compôs uma equipe de cuidado psiquiátrico. É interessante notar que desde a composição do serviço na Espanha, em sua prática, Tosquelles apresentou uma diversidade de saberes e fazeres para compor o cuidado. Artistas como pintores, guitarristas, músicos, bem como advogados, camponeses, enfermeiros participaram desta proposição.

Neste mesmo ano, Tosquelles foi convidado pelo diretor de Sant Alban, a partir do reconhecimento do trabalho realizado nos campo de refugiados, a trabalhar no hospital Francês. Já em Sant Alban, Tosqueles deparou-se com uma peculiar maneira de habitar aquele espaço: “(...) um regime peculiar de relações e trocas com a comunidade. Os camponeses, deslocando-se para outras regiões, passavam por dentro do hospital com seus animais. Os internos esperavam os peregrinos e lhes vendiam suas artes fabricadas nas oficinas” (17, p.85).

Uma confluência de linhas e fluxos que teciam um modo de pensar e uma prática de cuidado mais pautada na experiência e práticas mais libertárias. Desde a

“abertura” para o território no próprio hospital, essa característica de lugar de passagem aos camponeses, bem como a proposição de trocas com a comunidade e seus afazeres artísticos, desdobraram-se na própria compreensão do cuidado. E neste campo de experiência, outros tantos desdobramentos deram-se a partir do encontro de Tosquelles e Bonaffé. Encontro entre o modo de cuidado proposto com sua multiplicidade de pessoas e um psiquiatra na direção do hospital com fortes tendências comunistas.

Zonas de resistência que se configuraram como verdadeiras zonas estratégicas pautadas pelos ideais anarquistas, do comunismo libertário, e até mesmo como o comunismo mais partidário. Das práticas de enfrentamento à ocupação nazista e aos novos modos de habitar essas “zonas livres”, observaram-se hospitais psiquiátricos invadidos por outras vidas, outras formas e estéticas. Assim, Sant Alban configurou-se uma zona de *experimentação e resistência* ao abrigar o que pedia passagem diante do estado de guerra, ao acolher pessoas de todas as sortes, entre eles comunistas, anarquistas, cristãos, surrealistas, psicanalistas, intelectuais, marxistas. Sucedeu-se ali uma reunião de correntes da resistência política e vanguarda do pensamento, tornando o hospital referência aos terapeutas, aos residentes, aos artistas. E das mudanças advindas desta reorganização interna produzida neste contexto, somadas à conjuntura do país, conferiram ao acontecimento produzido em Sant Alban verdadeira política de resistência, política de desalienação, uma verdadeira política pela vida.

Neste contexto de muitas intempéries e condições extremas impostas à vida, exigiam-se formações urgentes e temporárias. Entretanto, em meio a estas estratégias de sobrevivências, em quem necessariamente a vida estava em jogo, tal turbulência permitiu (e nossa aposta aqui é afirmar que sim, positivamente) outros arranjos, outras maneiras de viver e se relacionar. Movimentos que dispararam toda uma re-organização, re-configuração, que permitiu a passagem de antigas formas e novas relações.

Assim, a experiência do caos da guerra permitiu uma re-formulação, uma desordem que precipitou a ordem. Assim, desde problemas concretos, como conseguir alimento, dispararam outras gestões das atividades cotidianas. As relações entre o corpo médico, funcionários e pacientes são re-significadas e novos modos de operar o cuidado se instauram. Neste momento, a criação de trabalhos em ateliês, grupo de teatro, clubes e

jornais continham textos produzidos pelos próprios internos. Como também os pacientes passaram a participar de grupos de estudos e de assembleias gerais, onde se discutiam os rumos do hospital juntamente com os médicos, enfermeiros e com aqueles que estavam abrigados.

Em entrevista concedida em 1989⁵, Tosquelles ao falar do tema da política da loucura retoma a experiência em Sant Alban:

Tant qu'il n'y a pas un barrage, un obstacle plus ou moins violent, on ne s'aperçoit pas de la connerie de la vie normale, qui court, qui est un peu comme les eaux stagnantes. Alors s'organisent des modes de détour et de résistance pour pouvoir simplement vivre. Bien sûr, la Résistance est un fait politique situé, après la guerre, en 1940. Je veux dire, après la débâcle. Parce que s'il n'y avait pas eu la débâcle, il n'y aurait pas eu le réveil de Saint-Aban. La Résistance, c'est la confluence, à Saint-Aban, d'histoires et de personnes très différentes. Moi, j'étais déjà un étranger à Saint-Aban, un paysan du Danube. Mais c'est la Résistance qui, par-delà la diversité qu'imposent les malades, créa la variété de l'entourage, celle des soignants, qui d'ailleurs étaient des "soignants-soignés".⁶

Da experiência de Tosquelles, queremos destacar esses primeiros movimentos para a formulação de ferramentas e instrumentos, que toquem tanto na organização do hospital como nas normas do estabelecimento (organograma, fluxograma, terapêutica etc.) e, conseqüentemente, nos efeitos terapêuticos destas. Mas, sobretudo, o forte protagonismo dos internos e suas proposições de auto-organização e autogestão de atividades, em que constatamos uma resistência efetiva à forma oficial do estabelecimento. Uma resistência operada por soluções próprias aos sujeitos e suas vidas. Encontramos ali, esboços de um projeto clínico-político com variações expressivas na composição do campo da Reforma

⁵ <http://pt.scribd.com/doc/132366419/88470016-Francois-Tosquelles-Una-Politica-de-La-Locura>.

⁶ Enquanto não há uma barragem, uma barreira mais ou menos violenta, não a merda da vida normal, correr, ressalta que é um bocado como água estagnada. Em seguida, organize os padrões de desvio e resistência para ser capaz de simplesmente viver. Claro, a resistência é um fato político localizado, após a guerra, em 1940. Quero dizer, depois do desastre. Porque se não fosse o descalabro, haveria não o réveil de Saint-Aban. A resistência, é a confluência, em Saint-Aban, histórias e pessoas muito diferentes. Mim, eu era um estranho para Saint-Aban, um camponês do Danúbio. Mas é a resistência que, além da diversidade exigida pelos pacientes, criou a variedade da comitiva, que dos cuidadores, que eram também de "cuidadores-tratados"

Psiquiátrica. Internos estrangeiros que forjaram, ao lado de Tosquelles, saídas mais inventivas e eficientes nas terapêuticas vividas.

1960- Basaglia: o pós-guerra e os movimentos democráticos

*Desconfiai do mais trivial, na aparência
singelo. E examinai, sobretudo, o que parece
habitual.*

*Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa
natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confuso organizada, de arbitrariedade
consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural nada deve parecer
impossível de mudar.
Bertolt Brecht*

Em 1960, o pós-guerra foi o cenário de profunda contestação das instituições e aparelhos de estado. E foi nas transformações institucionais promovidas por Franco Basaglia que observou-se uma profunda des-construção e invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais. Segundo Amarante (18), Basaglia operou uma prática pautada em referências teórica, como Foucault, Robert Castel, Gofman, que correlacionadas às questões sociais, produziu uma das mais radicais transformações no campo da psiquiatria e dos saberes sociais. Há na proposição de Basaglia uma ruptura com o campo da psiquiatria tradicional com a proposição de um novo paradigma cultural. Ruptura com o dispositivo da alienação e proposições de ferramentas e dispositivos que viriam compor o campo da Saúde Mental. Ruptura que se deu por descontinuidades, tanto práticas como teóricas, tendo como ponto de referência a negação da psiquiatria enquanto ideologia (18).

Foi em 1961 que Franco Basaglia empreendeu seus primeiros movimentos no Hospital Psiquiátrico de Gorizia, ao norte da Itália. Ali ocorreram profundas mudanças institucionais transformando-o (o manicômio) em um verdadeiro laboratório de experiências às novas formas de tratamento para a loucura. Basaglia produziu em Gorizia

novas práticas e novos modos de tratamento em conjunto com equipe técnica e os próprios pacientes-internos.

Ao analisar os novos conceitos produzidos de tais práticas inéditas Paulo Amarante nos afirmou que “(...) os conceitos se entrecruzam, relacionam-se entre si em um mesmo corpo teórico e, mais que isso, estão relacionado a questões concretas da prática que Basaglia está, em cada momento, experimentando e sobre ela refletindo” (p.67). Sob o nome de desinstitucionalização que Basaglia promoveu uma ruptura dos paradigmas que fundaram a psiquiatria clássica.

Para além de uma desospitalização, nas palavras de Rotelli:

O que verificaremos circunscrevem-se em conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referencia cultural e de relações de poder estruturadas em torno de um objeto a doença (...) as antigas instituições eram superadas por serem cultural e epistemologicamente incongruentes. (Rotelli,1990, p. 90):

Assim, a mudança cultural promovida por Basaglia, teve íntima relação com as mudanças de paradigma destas instituições, com o modo de tratar, com a clínica da psiquiatria clássica. O paradigma da clinica, do processo de produzir o cuidado era o verdadeiro objeto deste processo de desinstitucionalização, cujo projeto se afinou com a reconstrução da complexidade do objeto que as antigas instituições haviam simplificado. Desta maneira Rotelli(1990) afirma:

Se o objeto muda, se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social) em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada) (1990, p.91).

Algumas premissas do pensamento e ação de Franco Basaglia poderiam ser sinteticamente colocadas enquanto:

- *A luta contra a institucionalização* – correlacionada à destruição do manicômio e todo o seu aparato, em contrapartida, à proposição de práticas multidisciplinares e multi-institucionais exercidas nos diversos espaços sociais. “perfeitamente conscientes do risco que estamos correndo: ser esmagados por uma estrutura social baseada na norma por ela estabelecida e fora da qual se submete à sanções previstas pelo sistema” (Basaglia, 1994 apud 18, p.62).

- *A luta contra a tecnificação*, o esforço e embate de substituição por outro saberes científicos sobre a doença, produzir novas ideologias para justificar novas intervenções;

- *A invenção e constituição de uma relação de contrato social* - a substituição da relação de tutela por uma relação de contrato; E a consciência de que a transformação advém das práticas efetivas de luta nos campos político e social.

Assim, podemos afirmar que o movimento italiano de Reforma Psiquiátrica liderado por Basaglia foi antes de tudo um movimento político-clínico, pautado por uma necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e suas formas de relações com o sofrimento e a diferença. Seu campo de enfrentamento, frente à psiquiatria clássica, se constituiu no mesmo movimento em que se instituiu sua práxis e estas desdobravam-se no campo político. Exemplo disto, a edição da Lei 180 de 1978 – Lei Basaglia – em que se configurou uma rede de cuidados psiquiátricos, restituindo e assegurando a cidadania e os direitos sociais aos doentes e ao tratamento psiquiátrico qualificado.

Para além de uma normatividade, a Lei 180 foi uma expressão de um processo instituinte de novos valores na sociedade italiana, que se desdobraram para o mundo. Foi a expressão de ao menos duas décadas de lutas sociais e históricas. Segundo Goulart (19), muitos foram os esforços para a produção de outra cultura e consequente formação de outra opinião pública italiana. Produto de abalos e transformações promovidos pelos diversos mecanismos instituintes que surgiram no contexto sociocultural, marcado pelo intenso desejo de mudança de uma Itália que se reerguia do pós-guerra.

Sabemos que foram muitos os desdobramentos da produção de Franco Basaglia e as lutas democráticas no seio das reformas. Nestas breves linhas, nosso esforço foi traçar e acompanhar alguns movimentos que nos permitiram entrever as forças históricas e contraculturais, suas rupturas e confluências, resistências e construções que contribuem na composição/produção de novos modos de pensar e produzir o cuidado.

Inspirados por uma aproximação Foucault-Basaglia, em que desconstruir os muros e as formas manicomialis são radicalmente a proposição de outra estética, uma estética da existência em que:

“cuidado” e das “técnicas” de si seria, portanto, uma maneira de fazer a história da subjetividade; porém, não mais através da separação entre *loucos e não loucos, doentes e não doentes, delinquentes e não delinquentes*, não mais através da constituição de campos de objetividade científica, dando lugar ao sujeito que vive, que fala e que trabalha. Mas através dos empreendimentos e das transformações, na nossa cultura, das “relações consigo mesmo”, com seu arcabouço técnico e seus efeitos de saber. (Foucault apud, Veiga Neto 2011 p.372-373)

A proposição aqui se faz na construção de verdadeiras fissuras para além dos muros e instituições da loucura, e sim se faz na construção de fissuras neste grande modelo de relações, produzindo linhas de fuga e uma espécie de resistência ativa, que produz, que cria e transforma nas próprias brechas do modelo instituído.

A experiência de Osório e Nise: prenúncios antropofágicos

Na década de 20 e início dos anos 30, o entre guerras no Brasil foi marcado por movimentos caracterizados tanto por crises e efervescência. O panorama nacional pintou uma paisagem de rupturas em diversos níveis, protagonizadas por movimentos políticos, sociais e culturais. Período de inquietações e transformações impulsionadas pelos ideais reformistas vividos pelo mundo. São exemplos disto à realização da Semana de Arte Moderna no Campo das Artes, a emergência na Educação da Escola Nova, os movimentos internacionais e as lutas políticas aqui travadas. Paisagem que ganha outros tons com a

chegada das expressões das artes de vanguarda, os estudos no campo da psiquiatria e as primeiras referências do pensamento psicanalítico (16).

As práticas laborterápicas desenvolvidas nos manicômios receberam os sopros desses ventos que varriam a vida cultural em nosso país, e um procedimento antropofágico possibilitou que as influências européias nesses três campos fossem deglutidas de forma a fazê-las misturarem-se e interferirem-se mutuamente, fazendo emergir em nosso cenário a trama moderna que articulou arte, clínica e loucura. (14, p.730).

Comprovação do valor estético e o trabalho de Osório César

Músico, psiquiatra e crítico de arte, o medico Osório César foi um dos pioneiros na observação e divulgação dos trabalhos de artes plásticas realizados pelos pacientes internados no Hospital do Juqueri. Sim, ele via na arte um caminho possível de reabilitação social dos internos (16). Osório César chegou no Hospital Psiquiátrico do Juqueri em 1923, na condição ainda de estudante e motivado pelo seus interesses nas novas formas de artes e influenciado pela proximidade com os modernistas paulistas, vendo:

(...) em folhas de papel, nas paredes, no chão –, traçados, linhas, formas que passou a recolher, catalogar e analisar sistematicamente, considerando-os trabalhos expressivos, com evidentes qualidades estéticas. Ele via nessas produções não somente expressões psicopatológicas da loucura, mas imagens que possuíam um inquietante parentesco com aquilo que os artistas modernos estavam produzindo. Nas palavras do autor: “A esthetica futurista apresenta vários pontos de contato com a dos manicômios”... (14, p.721).

Lima (5) afirmou que esta comparação estabelecida por Osório não se dava por negatividade ou por motivo de desqualificação da arte moderna e sim realçava o interesse por novas expressões estéticas e suas manifestações de artísticas. O olhar do médico se transformava no contato com as obras e, assim, verificava-se uma alteração no campo da visibilidade e com isso os enunciados também se alteravam, colocando suas pesquisas nas fronteiras entre arte, psiquiatria e psicanálise. Deslocando denominações como pacientes

para artistas, falou de uma estética que incluiu deformações e distorções figurativas com interpretações simbólicas.

Com as mudanças do campo de enunciação e visibilidade as práticas também foram transformadas. Com preocupações de caráter clínico e social, a criação de um departamento de Arte no Hospital Psiquiátrico do Juqueri, além de ter sua função terapêutica, deveria também promover a reabilitação e construção de alternativas para fora do hospital. Neste contexto, Osório criou a Escola de Artes Plásticas do Juqueri, seus contatos com diversos intelectuais das artes e medicina impulsionaram seus estudos e proposições de modo a ampliar cada vez mais sua compreensão clínica e, conseqüentemente, sua relação com as produções artísticas. Lima (5) destacou que ao se interessar pelas produções artísticas dos internos, dos loucos, em um segundo movimento ele se deparou com a afirmação das capacidades e criatividade de cada artista em sua obra, e com isso, mais que propiciar um espaço para a expressão de conflitos internos, a escola de artes foi uma verdadeira abertura para fora do manicômio. A possibilidade de um ofício, a realização de técnicas artísticas e formação em artes como horizonte de uma vida fora das tramas manicomial, como horizonte de vida e no mundo.

Assim, os trabalhos empreendidos por Osório César, no início do século XX, dispararam no campo das relações arte, clínica e loucura um deslocamento que percorreu, desde os trabalhos que buscavam a interpretações do ego, das fragmentações da psique, uma fragilidade moral, desdobrando-se em uma profunda mudança, que ao final da década de 40, tiveram nas formas e obras produzidas no Hospital do Engenho de Dentro, RJ, sua expressão radical “em que a concepção de arte, da proposta moderna de articular arte e vida, produzem uma inflexão na paisagem (...) reconfiguração do território no qual arte clínica e loucura se atravessam” (14, p.723).

Nise da Silveira e o afeto elevado à expressão maior da vida

Uma lembrança...

São tantas. Talvez a minha mãe sentada ao piano lá de casa, esperando que chegasse o sabiá; é um pássaro curioso. Hoje ele não subsistiria. As pessoas por muito menos matam os pássaros. O sabiá é boêmio. Não vai para o ninho cedo, e canta de noite.

Minha mãe com as mãos no piano esperando que o sabiá chegasse para aprender a melodia do seu canto. Depois ela achou que estava tão próxima realmente do canto do sabiá que resolveu acompanhá-lo.

Nise da Silveira, fragmento de entrevista concedida em 1995.(20)

Com esta memória compartilhada retornamos aos anos 40 e ao trabalho de Nise da Silveira. Sua experiência no campo da arte, loucura e saúde é indiscutível e foi fundamental para que os novos rumos deste campo clínico em mutações ganhassem novas cores, novos tons e tecnologias que perturbariam definitivamente o campo da psiquiatria e seu modelo de tratamento. Muito incomodada com o modo como os pacientes eram tratados no Hospital do Engenho de Dentro e fortemente influenciada por uma constelação de experiências ao longo de sua vida, desbravou o campo árido da psiquiatria e suas celas fortes e eletrochoques, transformando o campo do cuidado com a delicadeza necessária aos processos da vida e com a força descomunal das proposições políticas e mudanças paradigmáticas.



Figura 5: Mandala Pintada no Hospital Engenho de Dentro

Em 1946, na cidade do Rio de Janeiro, no Centro Psiquiátrico Nacional, Nise iniciou seu trabalho de profunda transformação e enfrentamento aos procedimentos desumanos e violentos que compunham a terapêutica da psiquiatria de sua época. Como nos diz Lima (5), a pesquisa e o desenvolvimento do trabalho de Nise da Silveira produziu “novos contornos em uma aventura intelectual e sensível, das mais belas e potentes desenvolvidas no Brasil (p.7)

Como contou Frayze-Pereira (21), foram muitos e tantos aspectos que se destacaram na experiência de vida de Nise, o encontro com a psicologia de Jung e a participação nos trabalhos desenvolvidos pelo Instituto C. G. Jung, em Zurich, a análise pessoal com Marie-Louise von Franz, as relações com o pensamento de Artaud, com a poética de Bachelard e com as ideias de Spinoza, a prática no Setor de Terapêutica Ocupacional no antigo Centro Psiquiátrico Nacional, Engenho de Dentro (Rio de Janeiro), que mais tarde daria lugar ao Museu de Imagens do Inconsciente, e destacamos aqui a criação da Casa das Palmeiras, instituição fundada por Nise para o tratamento dos pacientes em regime de portas abertas.

Ao retomarmos o plano da experiência vivido por Nise da Silveira, seu desbravamento e criação, sua vida e obra se entrelaçam, dimensionando uma multiplicidade de encontros, pensamentos, teorias e práticas que se confundiram à própria história do

campo da psiquiatria, arte e loucura. Nesta medida, quando se fala da experiência de Nise da Silveira, refere-se ao campo de conquistas, mudanças e desafios, de lutas travadas próprias ao campo da psiquiatria.

Para Nise, a terapêutica ocupacional tinha um objetivo preciso: encontrar atividades que possibilitassem meios de expressão. Ela estava preocupada em acessar o nível não verbal. Atividades “que permitam a expressão de vivências não verbalizáveis, por aquele que se acha mergulhado na profundidade do inconsciente” (20, p.102). Em busca de atividades de livre expressão e enriquecimentos destas experiências, adentraram o campo de criação e produção de cuidado diversos profissionais, dentre eles, artistas plásticos e músicos. Seu agenciamento entre arte, saúde e vida, nas margens do campo da psiquiatria, produziu movimentos que, não só exploravam meios e modos de expressão da vida, como também construiu um pensamento que transformaria a loucura e o louco e nossa cultura (5).

Em composição com o campo da Psicanálise e para além dele, seus esforços na disponibilização de materiais plásticos para a livre expressão encontrou no pensamento de Jung aportes teóricos para a construção de um olhar em que as produções dos internos passaram a ser vistas e lidas como imagens e conteúdos inconscientes. Uma nova forma de se relacionar com as produções dos pacientes, que têm em sua base de compreensão a busca por um viés terapêutico, apaziguador do sofrimento e a possibilidade de conexão com a realidade, produtora de realidade. “A obra é vista como um viés condutor do mundo interno, capaz de simbolizar em imagens os conteúdos inconscientes” (Tomazoni e Fonseca, 2011, p.614)

Mediante essas parcerias, os trabalhos realizados nos ateliês foram conectados ao mundo das artes, possibilitando outros olhares, perspectivas que imprimissem outros significados, ganhando novos sentidos, visibilidade de gestos tangíveis por traços e linguagens que escapavam às expertises da medicina (14). Pois, com seu diálogo aberto e conectivo ao campo das artes, sua verdadeira paixão pela arte e pela vida, dariam-lhe forças necessárias para deslocar a problemática da loucura, em particular, do campo da psicopatologia médica para o campo da cultura, colocando em questão, num profundo enfrentamento, “a univocidade da fala e do saber médicos sobre a loucura” (14, 21).

Decorre deste intenso laboratório de práticas e pesquisa, a criação do Museu de Imagens Inconsciente. Nas palavras de Mario Pedrosa:

Daí nasceu com eles a idéia de museu. Mas que museu? Uma coleção de belos quadros pendurados à parede, com salas contíguas para serem apreciados? Não. Os criadores de arte, os seus produtos, não podem ser dispersos. O museu tem de ser também uma casa que os abrigue. Mas que não seja uma dessas ‘colônias’ de doídos por aí [...]. O Museu que a doutora Nise batizou, com sua habitual precisão, Museu de Imagens do Inconsciente, tem por isso mesmo de completar-se numa comunidade [...] da qual não se podem afastar de lá os doentes”. Somente nesse lugar, vinculados os artistas e suas obras, poderá perdurar o trabalho da criação. (Mario Pedrosa, 2003 apud 21, p.203).

Assim, o Museu subsidiava a pesquisa e as práticas, propiciando verdadeiro laboratório afetivo de expressão, novos procedimentos terapêuticos e, em um mesmo movimento, produzia verdadeiros sentidos sociopolíticos. As exposições pelo Brasil e pelo mundo mostraram-se verdadeira estratégia de agenciamento com o campo da cultura, deslocando pacientes a artistas, protagonistas de outras incursões, de outras histórias.

Outra passagem e traço de paisagem importantíssima pintada por esta doutora da arte, da vida, foi a criação da Casa das Palmeiras, que foi fundada em 1956 por Nise da Silveira (psiquiatra), Maria Stella Braga (psiquiatra), Belah Paes Leme (cenógrafa) e Lygia Loureiro da Cruz (assistente social), sem fins lucrativos e com o principal objetivo de focar a tentativa de evitar o recorrente problema das reinternações psiquiátricas. Melo (22) apontou que, no mesmo ano que Goffman estudava intuições totais nos EUA, aqui no Brasil os empenhos de Nise já ultrapassavam seus efeitos e os subvertiam. Na Casa das Palmeiras se efetivaria a proposição de integração das atividades expressivas, a função terapêutica do afeto e a liberdade. Uma pequena casa em movimento:

Esse pequeno espaço funciona com as portas abertas e, em sua simplicidade, subverte completamente as características apresentadas pelas instituições totais: em lugar de grandes espaços físicos, uma pequena casa; em lugar dos muros altos e dos arames farpados, portas e janelas abertas; em lugar do abandono, o afeto; em lugar dos métodos agressivos, atividades expressivas; em lugar de poucas pessoas administrando muitos internos, terapeutas atentos aos desdobramentos

intrapésquicos; em lugar da segregação, a reabilitação psicossocial; em lugar da mortificação do eu, verdadeiros processos de renascimento. (22, p.213-14).

A Casa das Palmeiras foi a primeira iniciativa que deu visibilidade, no campo da saúde, aos enunciados de que o tratamento com inserção no campo social, nos espaços da comunidade, no mundo, é possível e se faz necessário. Essas portas de visibilidades abertas por Nise, sob a forma da Casa das Palmeiras, escancaradamente são impossíveis de serem fechadas.

Passados mais de 40 anos, já se pode afirmar que, nos dias atuais, encontramos no campo clínico inúmeras construções de práticas em que atividades artísticas comparecem enquanto verdadeiros processos de transformação das instituições da loucura e provocam questionamentos que recolocam o lugar da loucura e nossas tecnologias de cuidado. Muitas são as experiências encontradas com o transcorrer da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que nas margens do plano das artes, na composição com o plano clínico e nos seus borramentos, suas fronteiras entre políticas, movimentos sociais e culturais, trouxeram importantes questionamentos sobre o processo saúde-doença, razão-desrazão, normal-patológico, pactos-produção de saúde.

No bojo da Reforma Psiquiátrica, essas práticas de resistência e criação tiveram profundas ressonâncias com as práticas de desinstitucionalização. Ressonâncias que atravessaram os muros do hospital, transpuseram suas arquiteturas e racharam a realidade. Ao produzir fissuras nestes espaços-tempos da clausura, não estariam desavisadas, pois é sabido que logo ali, pra além dos muros, portões, nas retinas dos olhares iriam se deparar com outros e tantos desafios de habitar a cidade. A invasão do território-cidade no mínimo iria exigir novas passagens...

A clínica, assim, desloca-se para novas paisagens, são novas configurações: se intentamos desertar por vez o interior dos grandes asilos, não mais buscar a incessante remissão de sintomas, a cidade será o território a ser habitado e construído. A construção de promoção e processos de vida, criação de outra saúde. “Não uma saúde inteira, perfeita e acabada, funcionando bem demais, mas de uma saúde frágil, marcada por um inacabamento essencial, que por isso mesmo, pode se abrir para o mundo” (14, p.730).

Deste modo, os campos da arte, da clínica e da loucura não se encerraram uns nos outros, tão pouco se desatrelaram. Nestes breves recortes, fomos conduzidos por estes autores e suas intercessões por nuances destas “mutações em cada um dos campos (...) arte e loucura (...) e o conjunto das praticas sociais, implodidos e passassem a se cruzar em múltiplas conexões, em outros tantos territórios”. (14, p.732).

Um número cada vez maior de ações territoriais, sim, pois uma rede de serviços territorializados e articulados com o território se forjou na transição do modelo hegemônico centrados no manicômio, hospital psiquiátrico. Assim, a aposta na territorialização do cuidado propõe uma construção de no campo das trocas sociais e produção valor, buscando criar novas comunidades e outras sociabilidades. (23).

Destas breves passagens alguns pensamentos nos ocorreram: Se com Tosquelles assistimos a rua, a polis e a arte invadindo o espaço institucional da loucura, o manicômio, alterando radicalmente suas práticas clínicas, a partir de Basaglia, e poderíamos dizer que até os dias de hoje, assistimos as instituições invadindo a rua e a polis, em um movimento para o qual a arte cumpre uma função que necessita ser cartografada.

Com estas questões, alçamos voo, certos de que estas inquietações não nos são exclusivas e pelo intento de compreender quais outras experiências se aproximam e assemelham ao nosso trabalho, corroborando nossas perguntas ou desconstruindo nossas respostas e com isso enriquecendo e problematizando nossas práticas.

Sobrevoos pelas vizinhanças: experiências de musicalidades

Nessa pesquisa, percorremos alguns territórios das políticas de saúde mental e encontramos inúmeras experiências em que a música se faz instrumento de trabalho e intervenção no cuidado/clínico (grupos de canto, percussão, grupos de experimentação livre, oficinas de confecção de instrumentos, aulas de violão, bateria de carnaval, blocos de carnaval, cordões, grupos de aperfeiçoamento musical, de percussão no corpo, entre

outros). E destes encontros extraímos novas energias, outros fôlegos que revigoram nossa aposta político-clínica de produzir o cuidado.

Foram tantas e intensas experiências que encontramos nestes sobrevoos, nestas andanças e pesquisas virtuais. Traremos aqui algumas destas experiências. E deixamos aqui a saudação e invocação a todos os blocos e cordões, as comunidades de artes e saúde, aos que fazem desta experiência no campo da saúde uma experiência de vida.

Deixo aqui um Salve! Uma profunda reverência a estes bambas do samba e da vida:

Escola de Samba Liberdade Ainda que Tam Tam: experiência em BH



Figura 6: desfile de carnaval 2013, Escola de Samba Liberdade ainda que Tam Tam

“Se não nos deixam sonhar, não os deixaremos dormir”.

Desde 1994, o movimento do Fórum Mineiro de Saúde Mental reúne-se em torno das discussões e construções de um cotidiano de luta por uma sociedade sem manicômios, em defesa dos direitos cidadãos, das

peças em sofrimento mental.

Destas reuniões, do Movimento da

Luta Antimanicomial, o movimento social desdobra-se enquanto um projeto cultural. Uma escola de samba inusitada, irreverente, politizada que “te confunde para te explicar”, como diria Tom Zé. É a “Escola de Samba Liberdade Ainda que Tam Tam” que ao recortar a cena urbana com seus 3 mil figurantes intervém na cultura provocando o pensamento e a mudança do olhar/percepção sobre a loucura. Nossa manifestação-desfile acontece no dia

18 de Maio, dia Nacional da Luta Antimanicomial, nas principais ruas do centro da capital mineira, Belo Horizonte desde 1998.

Assim, são 16 anos de ato público em forma de manifestação cultural e popular. Manifestação-Desfile que a escola de samba “Liberdade Ainda que Tam Tam” faz enquanto estratégia do movimento para provocar reflexões, quanto ao lugar social da loucura em seu encontro com a arte e o pensamento. Composta por trabalhadores, usuários e familiares da rede de saúde mental da Região Metropolitana de Belo Horizonte e cidades do interior do Estado.

Nossa missão é o resgate dos direitos da pessoa com sofrimento mental através da superação dos manicômios, espaços engendrados historicamente para a segregação da loucura. Enfrentamos e sustentamos politicamente as questões necessárias em prol da liberdade, igualdade e justiça social combatendo privilégios e discriminações⁷.

Pautados por uma clínica-política em que o direito de expressão e estética é necessário à luta pelos fins dos manicômios, ultrapassando a superação de seus muros e buscando na cidade seu território de produção e cuidado na vida. Assim, as atividades realizadas pela escola de samba movimentam diversos pontos da rede de saúde mental e da cidade. São cerca de 30 serviços da rede de saúde mental, que se transformam em verdadeiros barracões, envolvidos, em uma construção coletiva, na produção das expressivas fantasias para o desfile-ato. Outra atividade é a criação do samba enredo, que também se faz coletivamente, envolvendo, para além da cidade de Belo Horizonte, equipamentos de outras cidades, que podem inscrever suas letras e reflexões acerca do tema eleito para o manifesto-desfile.

Experiência que agencia planos macro e micropolíticos. O protagonismo dos usuários, trabalhadores e gestores se desdobra, por toda a comunidade e nas intermitências da cidade, a possibilidade do encontro, da alegria e liberdade. Expressividade da vida na cidade.

⁷ Recorte de entrevista cedida ao CRP de Minas Gerais in: <http://www.crpmg.org.br/GeraConteudo.asp?materiaID=3169>

Para aqueles que acreditam que a vida pode ser bela e a loucura pode ser livre o desfile da Liberdade Ainda que Tam Tam e a presença dos seus foliões aitimanicomiais, é o momento máximo, o coroamento dessa premissa. Para os transeuntes é o momento de se encontrar com a beleza e a irreverência, É a surpresa do encontro marcado ou às vezes, não marcado. Na avenida o espontâneo é o personagem principal. Produzem-se as reflexões sobre o lugar social da loucura e de suas possibilidades, os obstáculos superados, a inclusão possível – a cidadania⁸.

Deste modo, *alegria e resistência nas ruas de Belo Horizonte*. Do corpo e suas marcas da institucionalização a proposta, brevemente relatada por seus protagonistas: “é do momento de viver uma alegria outrora roubada. O ritmo marcado pelos tambores sinaliza a urgência de um novo tempo, de um tempo de sonho e um mundo mais possível”.

Em um mesmo movimento, os trabalhadores da rede de atenção à saúde mental renovam as forças, politizam e rediscutem suas práticas, passado-presente-futuro são tocados como possibilidades de análise crítica do que se faz e para onde se pode ir pelas expressões e seus encantamento de possibilidades que se abrem no fazer artístico. A partir dos cotidianos das oficinas de artes plásticas, artesanato e música se experimenta e se cria o enredo, que aos poucos vai ganhando forma e consistência:

Se eu sou diferente me leva pra frente /Meu medo é a razão de lutar e desta incerteza fazer a grandeza que um dia há de transformar/ Alo liberdade ainda que Tan Tan/Vamos sacudir Afonso Pena. E bota preto no branco que eu quero ver /A verdadeira mentira aparecer /Vivendo na liberdade de ser então nas ruas desta cidade um outro cidadão/ Delirar delirô eu entendi/ Pus o dedo no futuro, fiz um furo na razão /Que cheiro é esse? É a indiferença na drogolândia de todos nós (...) Dando uma volta ou meia, prá você me encontrar/Na teimosia do sonho que encantou/ Do amor que tu me tens de tão belo a dor passou.(Samba Enredo de 2013 – do Bloco Liberdade Ainda que Tam Tam)

⁸ Recorte de entrevista cedida ao CRP de Minas Gerais in: <http://www.crpmg.org.br/GeraConteudo.asp?materiaID=3169>

Em Belo Horizonte, no Dia Nacional da Luta Antimanicomial de 2013, as ruas do centro da cidade são tomadas por milhares de manifestantes, loucos e engajados, incomodando alguns, tocando outros e provocando muitos para a necessidade de resistir, por uma sociedade sem manicômios. Aqui, acompanhamos pela experiência de BH, a construção coletiva do desfile-manifesto e toda articulação e extensão das atividades para além dos locais instituídos na rede de saúde mental, alcançando as ruas e seus transeuntes em uma proposição que aumenta a possibilidade de encontro, troca e, conseqüentemente, a capacidade de re-invenção da vida ordinária.

A experiência da Radio TAMTAM: Santos e a intervenção em nome da dignidade humana

*Sim sob a influência de Franco Basaglia
...e logo percebemos que não daria para
tirar de um lugar e colocar em outro,
achar que vai resolver um problema
porque você vai copiar um projeto.*

Renato Di Renzo – fala extraída do
documentário Não existe Não

Foi em 03 de maio de 1989 que uma intervenção pública municipal na extinta Casa de Saúde Anchieta, em Santos/SP, protagonizada pela Prefeita Telma de Souza, iniciaria uma das mais emblemáticas transformações no cenário da política pública de saúde mental. Para o trabalho de humanização da “Casa dos Horrores” (assim chamada pela população), contava ainda com o Dr. David Capistrano Filho, o Dr. Roberto Tykanori e uma grande equipe. A partir daí, aquela equipe passou a procurar alguém que “fosse louco o bastante para querer dar teatro para os loucos! Então, no mesmo ano, o Projeto **TAMTAM** foi criado, tendo como principal objetivo promover saúde mental, prevenção às doenças, educação, acesso à arte e cultura, diversidade e inclusão social.

Foi com a figura do arte educador e pedagogo **Renato Di Renzo**, que uma revolução se daria no campo das artes e da saúde. Desde 1989, Di Renzo já propunha uma sociedade inclusiva e diversa com as ações **TAMTAM** (a começar pelo nome, escolhido durante um exercício de poesia dadaísta!).

Assim, os choques, o isolamento dos pacientes, os maus tratos, marcas daquela “Casa dos Horrores”, seriam substituídos por tratamentos dignos e humanizados, com o suporte de uma rede de serviços públicos, com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial, entre outros. Sabemos que a experiência de Santos tornou-se referência, mobilizando profissionais da saúde, acadêmicos, pesquisadores, políticos e outros atores sociais.



Figura 7: LOUCUTORS DA RADIO TAM TAM

O trabalho, exclusivamente de Arte, incluía Oficinas de Pintura, Utilitários, Jornal TAMTAM, Teatro e Dança, Grupos de Convivência, entre diversas atividades plurais e de humanismo e paixão pelo outro (*recortes de fala em entrevista*)

Ao acompanhar a história da TAMTAM fizemos uma escolha, somos conduzidos por um recente vídeo-doc produzido pelo contato, durante formação profissional. O documentário intitulado *Não existe não*, retoma o trajeto e desdobramentos destes últimos anos do projeto da TAMTAM, suas invenções, a criação da companhia Rolidei de Teatro, as indas e vindas institucionais e políticas, a falta de investimentos e os desafios encontrados. São muitos os esforços atualmente para a continuidade do projeto, desde captação pelo Ministério da Cultura, ou ainda do Fundo Municipal da cidade. Podemos contribuir e conhecer mais o projeto em:

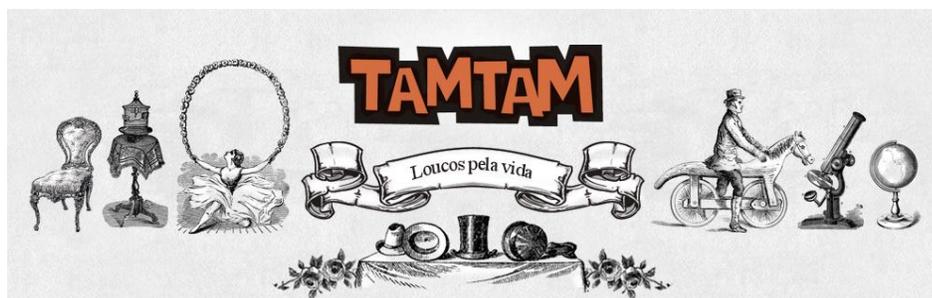


Figura 8: logo do site - <http://tamtam.art.br/>

Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou!

O ‘Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou!’ foi criado em 2005 por profissionais e usuários de diversas instituições e dispositivos da rede de saúde mental do município do Rio de Janeiro, como o Instituto Franco Basaglia, Instituto Municipal Philippe Pinel (IMPP), Instituto de psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) e diversos Centros de Atenção Psicossocial, a partir do desejo de profissionais e usuários de saúde mental de se integrar ao carnaval de rua da cidade. Houve a construção dessa atividade com a comunidade, para que fosse possível a realização de um de seus objetivos principais: a inclusão social dos usuários na comunidade, através do carnaval de rua. Dentro da proposta de desinstitucionalização desenvolvida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, fortemente inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, essa atividade acabou se configurando como um importante dispositivo de desestigmatização da loucura na sociedade (24).

O ‘Tá Pirando...’, pra mim, é a possibilidade d’a gente conseguir uma coisa que eu acho complexa, sofisticada, que é conseguir ampliar essa noção do terapêutico, né? Porque o terapêutico também pode se imbuir dessa noção de cultura, né? Dessa noção do outro, da noção da própria cidade, sabe? Então, ao mesmo tempo, o ‘Tá Pirando...’ não pode ser uma renúncia da clínica, do cuidado. Isso eu realmente acho que não pode acontecer mesmo. Pra mim, seria um problema se fosse dessa forma... virar apenas um evento cultural da cidade... Não pode ser isso... Ele tem que estar, de fato, vinculado a um cuidado com as pessoas, com aquelas pessoas que estão ali, com os pacientes, milimetricamente. Entendeu? (24)

Ala Loucos Pela X



Trago apenas sinceros agradecimentos a Ala loucos pela X, integrante do Gremio Recreativo Cultural Escola de Samba X-9 Paulistana, pela parceria e inspiração! Deixo o texto mais recente divulgado na imprensa, como uma forma de publicização do trabalho de arte e resistência empreendido por todos que compõem a Ala loucos pela X!

A cidade é São Paulo, em parceria o trabalho é desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) no campo da saúde mental. Com o projeto Ala Loucos pela X, os frequentadores do Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) Jaçanã/ Tremembé, na Região Norte da cidade, participarão do desfile no Grupo Especial das Escolas de Samba da capital. Eles farão parte da X-9 e, como acontece há nove anos comemorarão no sambódromo do Anhembi o êxito da iniciativa que ajuda no processo de socialização e de tratamento dos transtornos psiquiátricos. Os frequentadores do CECCO Jaçanã/ Tremembé produziram fantasias e alegorias que serão utilizadas pela X-9. Com isso, asseguraram 20 vagas para desfilar no sambódromo e mais uma ajuda de custo pelo trabalho realizado. Ao todo, eles confeccionaram 100 fantasias, que foram produzidas a partir do tema “Antropofagia – a possibilidade de transformação do mal em força”. Para Simone Ramalho, coordenadora da unidade, “este projeto causa efeitos significativos nos usuários. É importante o espaço que a X-9 proporciona. Para quem participa e para quem assiste o desfile é muito gratificante ver a alegria dessas pessoas”. Os usuários da rede de saúde mental da SMS também comemorarão o carnaval em outros locais. O bloco "Cordão Bibi Tantã", na Região Oeste da cidade, contará com a participação dos pacientes do Centro de Atenção Psico-Social (CAPS) Itaim Bibi/ Butantã e do CECCO Parque Previdência. Trata-se de uma ação conjunta da Secretaria da Saúde com a Sambatá e a Kolombo Diá Piratinga, duas organizações não governamentais, que realizam atividades de regaste da cidadania e de valorização do samba. O Cordão

desfilará em várias ruas da cidade a partir do dia 14/02. A idéia é levar os pacientes a ocuparem espaço na vida da comunidade, valorizando a cultura popular e o samba no pé.

Destes contextos: linhas reforma

Todo movimento disparado por Nise até o final da década de 50 culminou com o contexto do início da grande efervescência contra-cultural no Brasil e no mundo. As expressões artísticas do cinema novo, do tropicalismo e dos teatros de vanguarda agenciavam novos modos de fazer arte a novos modos de viver, entendidos enquanto uma atitude política de questionamento aos valores instituídos.

Enquanto nos EUA e boa parte da Europa as instituições democráticas estavam consolidadas, o que permitia maior abertura às novas expressões e enfrentamento aos modelos e valores hegemônicos, no Brasil essa tendência contra-cultural, essas experimentações estéticas que incidiriam diretamente no cenário político e cultural de nosso país, sofreram forte represália com a instalação do golpe militar.

Dito isto, ressalta-se que foi neste contexto de disputas políticas e sociais que os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica tomaram forma. Em meio a este processo, ocorreu um profundo questionamento do estatuto da normalidade. A afirmação deste movimento se fez por uma clinica da reforma, em que assegurar direitos não se resume *a letra da lei*, mas a se garantir modos em que a estética da loucura possa ganhar expressão na polis, na vida da polis. A luta não era só pela possibilidade de expressão na polis, mas de fazer da vida na polis, da vida na cidade a própria expressão. Retomada da vida na cidade, ou seja, a cidade enquanto esse território encarnado da expressão da vida.

Sabemos que o grande lema da Reforma Psiquiátrica foi “Por uma Sociedade sem Manicômios” e com ele arrastava todo um conjunto de práticas políticas, sociais e culturais que traçaram novo horizonte de ação, para além das mudanças macropolíticas, proposições que tocavam diretamente na relação entre trabalhador-paciente. Assim, para superar o manicômio e suas praticas, se faz necessária uma mudança no modo de pensar o

cuidado, de forma que se efetive em praticas que alterem a estética do cuidado, o modo como relacionamos e habitamos lugares instituídos, como os serviços substitutivos que compõem a rede de cuidado, mas também nossa relação com a cidade, as ruas, os lugares no mundo.

Dessa maneira, relaciona-se a criação destes serviços substitutivos, a proposição de uma rede, a dispositivos que ao entrarem em contato com essa população e suas histórias e memórias de isolamento social, sofrimento psíquico, violência e confinamento, possam proporcionar na vivência cotidiana uma lógica do contato, da troca, da relação no e com o mundo. Afirmamos aqui um sentido em que as proposições da reforma psiquiátrica nos trazem questionamentos a uma estetização da vida, da cidade e não só da loucura.

Ao abordarmos o movimento particular da Reforma Psiquiátrica, podemos inferir que na própria reforma a construção do cuidado em rede já se coloca enquanto questão. Seu movimento na prática e sinteticamente no fechamento gradual dos leitos permanentes de internação psiquiátrica veio acompanhado da substituição dos manicômios por equipamentos territoriais e comunitários de tratamento – os denominados equipamentos substitutivos, dentre os quais os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e de Geração de Renda. Uma tecitura de rede complexa na aposta de superar os desafios da produção de cuidado em saúde mental. Cuidado assim pensado e assim problematizado nas relações entre clinica-política, pautados pelos temas da reivindicação pela participação política, social e do direito à cidadania aos usuários da saúde mental.

Ao retomarmos linhas históricas, breves passagens: em 1987, foi fundado, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz da Rocha Cerqueira; em 1989, como desdobramento jurídico, foi apresentado o Projeto de Lei 3.657, que seria aprovado somente no ano de 2001. Segundo Melo (22), a chamada Lei Paulo Delgado (Lei 10.216) apontou um *vetor comunitário* para as ações no campo da saúde mental.

Destaca-se aqui, que ao priorizar as ações em serviços territorializados aposta-se na construção de serviços de referência e que deem sustentação aos movimentos de vida das pessoas em situação de sofrimento psíquico.

Avançaremos na discussão sobre os sentidos de rede, ou seja, nos interessam as relações entre estes serviços territorializados, que animam e movimentam práticas concretas tomando a saúde mental como um caso em que estas questões se tencionam. Assim, buscaremos a um só tempo avaliar o processo de construção de redes no campo da saúde mental, campo de inserção do Coletivo da Música e debater quais sentidos estão em jogo e quais apostas são feitas.

A interface clínica-política em saúde mental nos traz cenários múltiplos, em que se destaca a relação entre os serviços substitutivos que compõem esta rede e suas interfaces com o território, uma vez que estamos imersos em uma processualidade política, histórica, social, que transborda do campo da saúde e num mesmo movimento aumenta sua ressonância no campo social, que é próprio ao campo da Reforma Psiquiátrica:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (72)

Passadas mais de duas décadas do início de sua implementação, o modelo da Reforma Psiquiátrica não é apenas um modelo conceitual em nossa cultura, mas uma postura política federal adotada pelo Ministério da Saúde, e regulamentada pela legislação da Saúde Mental Brasileira. E embora se caracterize enquanto um campo transdisciplinar, o debate sobre a função da arte na formulação e mobilização deste movimento faz-se necessário, uma vez que, como destacado em tópicos anteriores, tais intercessões ocorreram

nesta constante mutação do campo próprio à Reforma Psiquiátrica e suas margens com a arte.

Ao margearmos esses campos, fronteiras dos encontros entre arte e saúde, em nossa atualidade o campo da Saúde Coletiva e suas intensas contribuições teórico-práticas, nos lançam a desdobrar a problemática da arte, ciência e cultura no campo da saúde, uma vez que entendemos Saúde Coletiva como nos afirma Benevides and Passos (9):

A nosso ver, alterações da experiência coletiva é que podem gerar políticas públicas malgrado o movimento de interiorização da máquina de Estado. Na série governo-Estado-políticas públicas é o que se produz no plano do coletivo que garante o sentido público das políticas que também atravessam o Estado. Esta, sem dúvida, foi a direção do movimento das políticas públicas de saúde que culminou no SUS. Com o conceito de saúde coletiva é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população. (9, p.566).

Desta maneira, novamente inferimos que tais movimentos se fizeram emergentes, dentre os diversos movimentos insurgentes do período amplamente denominado de contra-cultural. A luta setorial do campo da saúde insere-se como um movimento em nome de novos modos de viver a vida. Previamente, traçamos em algumas linhas que a noção de arte com a qual iremos trabalhar afina-se mais com um sentido de estética da existência, no sentido foucaultiano de fazer da própria vida uma obra de arte. Foucault (73) já nos dizia:

A busca de estilos de existência tão diferentes uns dos outros como seja possível me parece um dos pontos, graças os quais a investigação contemporânea se pode inaugurar na Antigüidade, em grupos singulares. A busca de uma forma de moral que seja aceitável para todos – no sentido de que todos devam submeter-se a ela – parece-me catastrófica. (73, p.206)

Retomamos, então, nossas inquietações, já anunciadas anteriormente: na tentativa de evidenciar de que modo questões postas pelas reformas dizem de um

movimento de afirmação de novos modos de vida, de novas estéticas existenciais e ao mesmo tempo cartografar como a arte *enquanto modo de expressão* compôs com estes movimentos.

Reconhecemos que há no contexto de re-democratização, das reformas indícios de que tais acontecimentos de lutas, conquistas histórico-políticas são movimentos de expressão, de uma estilística política em afirmação da vida. Assinalamos também que estes movimentos como expressão de forças e efervescência, de intenso exercício político, que, para além das reivindicações de democracia, trouxeram a cena um esforço em produzir um (re)encontro entre linhas de forças da arte, da cultura, e da vida. Momento de intensa experimentação:

Além de intensificar-se nas práticas artísticas em experimentações de toda espécie, extrapola suas fronteiras e contamina a vida social, tornando-se uma das palavras de ordem do explosivo movimento contra-cultural que agitou a época, lançando as bases de uma transformação irreversível da paisagem humana que ainda hoje não foi absorvida integralmente (25, p.173).

Assim, ao retomarmos brevemente os desafios propostos pela temática do cuidado/clinica no campo da psiquiatria frente à condição de liberdade e expressão, percebemos questões que nos remetem à temática da expressão-invenção de outros meios no tratamento da loucura. Problemáticas que parecem bastante pertinentes ao amplo processo de reformulação, renovação ou reinvenção no campo da saúde mental, seja em nível técnico-assistencial, epistemológico-paradigmático, jurídico-político-social, ou ideológico-cultural, que desde a década de quarenta do século XX, denomina-se reforma psiquiátrica (26). Assim, com Bezerra Jr (27) pensar:

Os mais de mil Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo país vêm modificando fortemente a estrutura da assistência à saúde mental. A rede composta por este tipo de equipamento vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Em seu lugar vem sendo construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade e integralidade), acrescido da proposta de desinstitucionalização- cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e

atinge o imaginário social e as formas culturalmente validadas de compreensão da loucura. (27, p.243).

Dito isto, queremos afirmar que não se trata simplesmente de criar equipamentos que garantam o lugar onde a loucura possa se expressar, mas equipamentos que possibilitem que esses modos de vida se expressem na própria cidade e desta forma, estas vidas e suas múltiplas expressões possam alterar paisagem, a estética da cidade.

Diante disso, nos perguntamos: quais são os impasses que os equipamentos, a rede, as pessoas vivenciam para ativar esse plano? Qual o potencial da arte para ativar esse plano da experiência?



Figura 9: Bloco Unidos do Candinho, carnaval 2013

CAPÍTULO II – Redes, Territórios de Expressão: a arte como função de agenciamento da vida.

A temática da rede coloca-se, não só pela própria atualidade das políticas públicas em saúde como também pelo debate mais recente da construção de redes, de serviços, interfederativas, regionalizadas e sua imprescindível elaboração para melhor operação do Sistema Único de Saúde, mas também por ser na rede e pela rede que se faz o movimento do Coletivo da Música.

Encontram-se desde o texto da Constituição de 1988 importantes questões que norteariam as políticas públicas, sobretudo as políticas de saúde. Balizada pelo movimento da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), considera a saúde como direito de todo o cidadão e responsabiliza o Estado a prover as formas pelas quais ela pode ser preservada, alcançada ou produzida, devendo ser equânimes e abordar as pessoas e seus processos de saúde e doença integralmente. Já na constituinte temos indícios de que ações e serviços de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada (64).

Vasconcelos and Pasche (28) afirmaram que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional (p.).

Deste modo, pode-se inferir que, o SUS propõe, diante do desafio de sua efetiva operacionalidade, um modo multi-vetorializado, uma tentativa de um modo plural, de um paradigma de Rede. Para enfrentar esse desafio, a legislação previu diretrizes organizativas para o sistema. Dos treze princípios e diretrizes elencados na Lei 8080/90, destaca-se que a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, já traz indícios da necessidade de regionalização e hierarquização de uma rede de serviços de saúde, bem como se refere à integração das ações de saúde, meio ambiente e

saneamento básico na mesma esfera de governo. São claras as diretrizes que apontam a construção de relações entre serviços de saúde e entre entes federados (65).

Kuschnir and Chorny (29) assinalaram que a temática da organização de redes regionalizadas de serviços de saúde está presente na proposição da reforma do sistema brasileiro, com fortes influências das experiências de países que constituíram sistemas universais, como Inglaterra, Canadá, os quais constituíram considerável arcabouço do planejamento em saúde durante décadas. E foi nos anos 90, com os rumos empreendidos pelo processo de descentralização, que a formulação de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se construía a organização de serviços.

Estes autores nos advertiram quanto ao retorno da temática de redes no início do ano de 2000, a partir da publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) e, posteriormente, com o Pacto pela Saúde, em 2006. A proposta de organização de redes assumiu diferentes significados, utilizada de forma distinta por diferentes atores. Ressalta-se que especificamente em seu recorte de organização de serviços de saúde, uma vertente de discussão - refletindo o debate observado na literatura e na experiência internacional -, centra-se no campo do cuidado integrado.

Santos and de Andrade (30) apontaram que a descentralização associada ao princípio da integralidade, inevitavelmente desdobrou-se na discussão sobre a produção de redes para a gestão pública, como também corroboraram a necessidade de organização de redes por serem capazes de melhorar a eficiência, reduzir custos, expandir acesso e interligar políticas sociais intersetoriais.

Autores como Mariane (2013) e Silva (31), ao problematizarem a temática da rede e suas proposições, apontaram que esta é cada vez mais presente na formulação das políticas públicas. A avaliação de que o Pacto pela Saúde e sua aposta em construções de Redes de Atenção à Saúde pouco avançou, gerou um novo movimento de construção de redes que culminou na institucionalização de uma portaria que contém diretrizes para a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde, a saber: Portaria 4.279, de 2010 (63). Municípios, estados e o governo federal empenham-se em um trabalho de construção de redes para todas as suas políticas prioritárias, tendo, até o momento, lançado

diretrizes organizativas, de financiamento, entre outras, para Redes de Saúde Materno-infantil, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Atenção à Pessoa com Deficiência (Portaria 1.473, de 24 de junho 2011).

Outro movimento importante, no início de 2011, foi o fortalecimento da pauta em torno da regionalização e da construção de redes, produzindo assim o Decreto nº 7.508/2011 que regulamenta a Lei 8080/90, (69), o qual define a rede de atenção a saúde “como conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (art 2º, inciso VI).

Destaca-se também o Art. 7º do referido Decreto:

As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados;

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Entretanto, de que rede estamos falando? Quais sentidos de rede podem estar presentes no ato de sua construção? Ao se produzir redes, quais diferentes concepções estão em jogo? As leis, portarias e decretos definem princípios e diretrizes que não determinam o formato desta rede, mas tornam possíveis suas construções e suas linhas norteadoras, que se solidificam com práticas concretas no cotidiano de cada equipamento de saúde, transbordando-os. Trata-se de uma aposta política, como efeito desta redemocratização social, que terá uma direção clínico-política participativa, uma vez que será protagonizada por nós, pelos nós, pelos pontos que se encontram, conectam, pelas relações estabelecidas entres os serviços, os sujeitos e os seus territórios de produção.

Nesse sentido, entende-se que não há como separar o movimento macropolítico de regulamentação legal das redes dos movimentos micropolíticos que atravessam e efetivam estas regulamentações. Fazer uma contra-referência, ligar para outro serviço para saber se o usuário foi atendido, realizar uma reunião entre diferentes serviços para discussão de caso e organização do fluxo de cuidado, ou mesmo investir nas centrais de regulação, indicam que há muitos sentidos e movimentos de construção de redes que buscam dar concretude e operacionalidade a princípios e diretrizes.

Aqui, vale-se da definição de Cecílio (32) acerca da relação entre rede e integralidade da atenção:

Fruto de uma articulação de cada serviço de saúde (...) ha uma rede muito mais complexa composta por outros serviços de saúde e outras instituições não necessariamente do "setor" saúde. (...) A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.(32, p.117).

O referido autor acrescentou ainda a ideia de uma *integralidade ampliada*, de onde decorre toda uma articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas "integralidades focalizadas" que, tendo como epicentro cada serviço de saúde - verdadeiros pontos de intensidades que se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas – permite pensar a integralidade no micro que se desdobra no macro; e em um mesmo movimento, pensar a organização do macro que resulte em maior possibilidade de integralidade no micro.

E quanto a estas relações de integralidade e a produção de relações na rede, (32) abordou a necessidade de se pensar o sistema de saúde menos como uma 'pirâmide' de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada, e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para a qual a construção e as necessidades individuais são muito importantes.

RIGHI (11) também problematizou a organização/constituição da rede. Na intenção de superação deste paradigma de rede hierarquizada 'piramidal', apresentou o desafio da produção da rede como a necessidade de se estabelecer conexões, porém com a advertência de que estas conexões podem tender também à produção de suas próprias normas e, conseqüentemente, ao isolamento. Inspirada pelas ideias de Milton Santos, a autora acrescentou que não se pode reduzir tudo à produção de redes e reconheceu, com isso, certa contradição entre o território (aqui enquanto espaço vivido) e a produção de redes.

Com isso, se não se consider este espaço vivido e o modo como ele se constitui, há o risco de segregar, de separar os equipamentos por área de especialidade e de projetar tais equipamentos sobre territórios, em detrimento das reais necessidades ali expressas. Redes assim tramadas incorrem sobre um território ao ponto de escondê-lo e de escamotear suas realidades. Desta maneira, não se pode pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada, pois corre-se o risco de se produzir redes homogêneas em níveis hierárquicos, que impedem a visibilidade de um território múltiplo e heterogêneo.

Portanto, para RIGHI (11), a produção de redes no campo da saúde não se restringe à articulação de serviços com características semelhantes. Esta integração é apenas um dos aspectos deste engendramento que compõe as redes. Embora isto se faça presente e necessário, a integração de equipamentos como as redes de emergência ou de hospitais especializados, tende a disposições de regras próprias, desconsiderando por vezes a relação com o território que integra. Ou seja, uma rede que se defina unicamente pela articulação dos serviços estaria reduzida a um fluxo cerrado e correndo o risco de minar seu próprio território de incidência.

Propõe-se, com isso, um conceito de rede que se inclina a uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de poder, diferentes funções, sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção do cuidado e uma aposta em processos mais flexíveis. Não deve haver hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede, ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo (11).

As redes devem ser construídas maleáveis, sinuosas, com fluxos que contribuam para a definição de nós em função das necessidades reais. Uma rede que se pré-figura e, na medida em que compreende a produção de curvas, identifica seus fluxos, permite uma maior abertura à produção de sentidos que lhes seja próprio. Posto que sempre existem nós a construir, conexões e desconexões, propõe-se uma rede provisória e inacabada: indefinição por procedimento de abertura a novos arranjos, colocando, assim, o desafio de se criar arranjos e dispositivos que permitam o encontro, o contato e o acordo entre os diferentes nós, para que as alterações no fluxo possam redesenhar as linhas, seus enlaces, seus efeitos sobre os nós e sobre nós.

A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma Unidade Básica de Saúde, um Hospital Geral, um Centro de Atenção Psicossocial, um Conselho Municipal de Saúde, etc. (70). Acompanhando um pouco mais, o mesmo texto nos aponta outras possíveis direções:

(...) a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica colocarmos em questão: como estes serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços? (Brasil, 2009)

Esta concepção produz desdobramentos nas práticas cotidianas dos serviços, em que o campo da saúde mental se colocou historicamente no desafio de estabelecer um plano interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, e em que as redes se definem pelos encontros e pelas relações que estabelecem. Antes de se abordar questões acerca do movimento de construção de redes na saúde mental, deve-se aprofundar a compreensão sobre o conceito de rede. A ênfase dada ao encontro, à ideia de relação, impulsiona na direção de uma problematização ontológica do de tal conceito. E não se trata apenas de discutir de que rede estamos falando, mas de problematizarmos: que redes são acionadas pela arte e pela música?

Redes-Rizoma: explorando a interface entre saúde e filosofia

A experiência com o Coletivo da Música nos aproximou permanentemente da construção de uma rede que se fazia sempre junto, às margens, ou no contra-fluxo da rede de serviços de saúde e seus fluxos instituídos: uma rede, ou muitas redes, se construindo a partir e além da rede de saúde conhecida enquanto tal. Foi a partir desta experiência, que nos lançamos no desafio de pensar tal conceito: rede enquanto rizoma.

Neste ponto, apresenta-se um intercessor conceitual que permita transitar por estes emaranhados de saberes, instituições, equipamentos e territórios. A partir da leitura de DELEUZE and GUATTARI (12) e leitores como Kastrup (33), Rolnik (34), Passos, Kastrup (35), propõe-se uma artesanaria⁹: transitar entre as proposições filosóficas, ontológicas e práticas do conceito de rede. Artesanar como o próprio ato de experimentação, investigação, em que o transitar entre espaços produtivos e produtos finais possam trazer a inventividade e a metodologia necessárias para o traçar de outras linhas de forças, possíveis saídas e até outros sentidos na compreensão das redes e na consequente produção do cuidado em rede.

Para Kastrup (33), em sua leitura ontológica, o conceito de rede é um dos objetos da topologia de geometria variável, o que implica dizer que, não há uma primazia das dimensões, como por exemplo, medidas de altura, largura ou profundidade, na definição de uma rede. Não importa se aumentamos ou diminuimos tais dimensões, uma vez que ela não se define por sua forma, por seus limites e externalidades, mas sim pelas relações que se estabelecem entre essas medidas, estas formas, suas relações e conexões. Portanto, o que se coloca como elemento constitutivo são os fluxos (com suas intensidades) e o(s) nó(s), pontos de convergência e encontro destes fluxos.

⁹Pesquisado em dicionário inFormal (SP) 23-08-20011: palavra de uso recorrente no Brasil, embora ainda considerada, em termos linguísticos, um "estrangeirismo". Aqui, a palavra é tomada do espanhol e pensada como sendo os processos que implicam na experimentação, investigação, espaços produtivos e produto final, pelos quais o artesão transita para ter um resultado adequado, o que inclui, ainda, a inventividade e a necessidade de métodos apropriados, mesmo em se tratando de um trabalho informal, sem compromisso com a seriação. **Artesania**, sugere, deste modo, o ato de fazer o artesanato e não meramente o produto final. In: <http://www.dicionarioinformal.com.br/artesania/>

Nesse sentido, podem-se traçar linhas: retas, longilíneas, sinuosas, curvas, curtas, mas o que define a constituição de uma rede são os pontos em que se encontra, cruza, são as zonas de intersecção entres vetores, lá onde estes traços, essas linhas se dobram uma na outra, ali onde fluxo se efetiva em nó. O que define a rede, então, é exatamente esta relação, entre os nós e o fluxo que perpassam.

Ao lançarmos mão do conceito de rede, na companhia da autora, nos inclinamos mais aos pontos de conversão, conexão, suas bifurcações e acoplamentos, mais do que pela sua forma *a priori*. Como um sistema aberto, que se define pelas conexões, que garante com isso um movimento de criação a partir de seus nós, seus fluxos, seus encontros, expandindo-se em múltiplas direções. São essas qualidades que definem uma rede que podem nos servir a pensar a produção do trabalho e o cuidado em saúde. Por uma lógica da conexão, das intersecções em contraponto a lógica do fluxo protocolar, das superfícies marcadas e hierarquizadas e suas geometrias rígidas no Sistema de Saúde.

Dito isto, intentamos aqui delinear outro conceito, o de rizoma. Kastrup (33) propõe um paralelismo entre o conceito de rede e rizoma. Seguimos, então, sua evocação ao conceito proposto por DELEUZE and GUATTARI (12).

DELEUZE and GUATTARI (12), ao proporem o conceito de rizoma, apresentam as características aproximativas, descritas em Mil Platôs como princípios. Destacam-se aqui alguns destes princípios, relevantes para a confecção desta artefatura: a linha é uma expressão intensiva.

Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*. (...) o rizoma é aliança, unicamente aliança. (...) o rizoma tem como tecido a conjunção "e... e... e..." Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. Para onde vai você? De onde você vem? Aonde quer chegar? São questões inúteis. Fazer tabula rasa, partir ou repartir de zero, buscar um começo, ou um fundamento, implicam uma falsa concepção da viagem e do movimento (metódico, pedagógico, iniciático, simbólico... (p.37)

Ao se propor a qualidade do “entre” na concepção de rede, aspira-se uma perspectiva, um posicionamento. Perspectiva que recoloca o problema da construção de

uma rede. O “entre” nos apresenta o movimento do que se passa de um ponto ao outro, de um nó ao outro, de um equipamento de saúde ao outro, de um sujeito ao outro, ou mesmo o que se passa entre um nó. Invertendo a lógica da causalidade linear, dos fluxos protocolares e enrijecidos, sacudindo suas linhas-multilineares, recolocando a compreensão quanto aos nós muito próxima ao conceito de agenciamento forjado por DELEUZE and GUATTARI (12):

(...) Como em qualquer coisa, há linhas de articulação ou segmentariedade, estratos, territorialidades, mas também linhas de fuga, movimentos de desterritorialização e desestratificação (...) Tudo isso, as linhas e as velocidades mensuráveis, constitui um agenciamento (12, p.12).

Desta forma, um nó, um equipamento, se expressa a partir do campo em que ele se constituiu, sendo o produto próprio de articulações produzidas pelas composições de distintas linhas de forças, assim como uma rede também se efetua a partir do campo em que ela se inscreve. Tal perspectiva nos coloca diante das intensidades e variações que se expressam nos agenciamentos-rede, diante das heterogeneidades discursivas, tecnológicas, sociais, linguísticas, etc. A rede assim pensada aproxima-se à ideia de que “A rede é uma encarnação, uma versão empírica e atualizada do rizoma. É já um campo visível de efetividade, onde ocorrem agenciamentos concretos entre os elementos que a compõe” (33, p.57).

Em outra passagem, Deleuze and Parnet (36) afirmaram:

(...) O que é um agenciamento? é uma multiplicidade que comporta muitos termos heterogêneos e que estabelece ligações, relações entre eles, através das idades, sexos, reinos – de naturezas diferentes. Assim, a única unidade do agenciamento é o co-funcionamento: (...) uma ‘simpatia’ (36, p.84).

Essa concepção de rede comporta antes de tudo o heterogêneo e a heterogênese. Trata-se, portanto, de uma noção de rede que surge já comprometida com o desafio de produção de encontros entre diferentes e na produção de diferença. Pensar os nós da rede enquanto agenciamentos concretos é uma forma de explicitar que estes nós são pontos de encontro de múltiplos fluxos, em que o agenciamento diz dos modos de conexão possíveis.

A rede, apesar das tentativas de se organizar e se protocolar, age a todo o momento por linhas imprevisíveis que se organizam *a posteriori*, uma vez que operam por conexões que procedem por contato, na medida em que o(s) nó(s) se estabelece(m) por contágio, mesmo que provisoriamente, constituindo alianças. Alianças que se delineiam por diversas lógicas, sejam elas hierárquica, ou alianças menores que possibilitem a quebra de fluxos rígidos, homogêneos. Alianças mais visíveis e alianças menos visíveis a estabelecer contra-fluxos nos fluxos instituídos. Alianças da música a traçar novos fluxos na rede, onde o coletivo (Coletivo da Música) se põe a agenciar novos possíveis, criar novas redes e novas saídas. A arte a traçar linhas transversais

Ao trabalharmos com o conceito de rizoma, as formas passam a ter um caráter contingente e provisório. Desta maneira, o rizoma aponta para um domínio anterior às binaridades e dicotomias. Com isso, as formas e as distintas lógicas – hierárquicas, centralizadas, piramidais, ramificadas, multicêntricas – colocam-se como parte de um plano de conexões efetivas. E o rizoma é a própria condição de toda efetividade e atualização dos agenciamentos (12, 33).

Ao se destacar a provisoriedade da forma, confere-se a ela a temporalidade e a contingência. Não se trata de negar as formas e suas organizações, mas de tomá-las como formas-produto, localizá-las sempre em processo. Assim, ao trabalharmos com as estruturas – sejam elas, macro ou micro – e seus conjuntos de pontos e posições, lhe atribuímos movimento.

Compreender que um equipamento, um serviço de saúde, é feito de linhas que se fiam em movimento inventivo, nos abre a questões como: Quais concepções de cuidado/cliínica são operadas nestes arranjos? Pois se são arranjos produzidos o próprio cuidado também o é... Quais fluxos-nós se produzem ao apostarmos na música como acionadora destas práticas de cuidado na rede? Quais fios que se tecem em redes que balançam? Reconhecemos, assim, um jogo entre as formas - sejam elas espaciais, institucionais- e os múltiplos vetores, toda uma multiplicidade de linhas que tramam e tecem a rede.

Deleuze e Guattari sinalizavam quanto a esse impasse das concepções, tanto a hierárquica-arborescente como a rizomática. Uma quebra de fluxo pode ser tanto mais uma nova forma hierárquica que se concretiza, quanto podemos encontrar empuxos rizomáticos nas formas hierarquizadas. Então, do que se trata tal distinção?

O que conta é que a árvore-raiz e o rizoma-canal não se opõem como dois modelos: um age como modelo e como decalque transcendente, mesmo que engendre suas próprias fugas; o outro age como processo imanente que reverte o modelo e esboça um mapa, mesmo que constitua suas próprias hierarquias... (12, p.31).

Assim, quando se pensa em um funcionamento rizomático se quer também recolocar o problema dos arranjos e fluxos das Rede de Atenção a Saúde ou das Rede de Atenção Psicossocial. Os serviços e equipamentos que compõem uma rede, seus nós, podem assim ser apreendidos enquanto agenciamentos, melhor dizendo, agenciamentos concretos. Produtos de uma composição de linhas heterogêneas, com toda uma micropolítica do campo social: linhas históricas, culturais, afetivas, discursivas, etc.

Nesta perspectiva, quando se olha e se localiza um ponto, um nó, busca-se percorrer tais linhas, intentando uma pragmática, que, para além dos conjuntos de pontos e formas instituídas na rede, acompanham quais são as conexões, arranjos e conjuntos de intensidades que precipitam tais formas. Assim, não se define uma rede apenas pelos serviços que nela se encontram, mas uma rede é tecida de tantas heterogeneidades e naturezas de corpos, serviços, lugares, pessoas, pontos, que são, por sua vez, compostos por diversas linhas que se conectam e se dobram nesses pontos de encontro. Essas dobras que geram formas instituídas são como marcas, por vezes, decalques. O decalque, para Deleuze e Guattari (ano), é sempre posterior ao mapa, e serve na medida em que permite religar-se sobre o mapa, relacionar as raízes ou as árvores a um rizoma.

Ao emprendermos tal movimento, perguntamos: Quais linhas podemos encontrar na constituição de tal equipamento? Que fluxos e intensidades estão em jogo na articulação do cuidado? Os nós nos trazem o mapa e toda as variações, e os territórios?

(...) outra maneira de viajar e também de se mover, partir do meio, pelo meio, entrar e sair, não começar nem terminar. (...) instaurar uma lógica. E, reverter a ontologia, destituir o fundamento, anular fim e começo.(...) É que o meio não é uma média; ao contrário, é o lugar onde as coisas adquirem velocidade. *Entre as coisas...* (12, p.37)

Desta maneira, não queremos apenas encontrar os pontos e suas relações e correlações localizáveis, indo de um ponto ao outro na rede, também interessa-nos uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio. Com isso, tomamos as formas, os equipamentos, serviços, sujeitos e lugares e a própria rede como efeito, produto deste entre e o processo, uma vez que coloca a circular afetos, corpos, discursos...

Destacamos, então, um modo de funcionamento rede: armamos um plano/rizoma, que dá luz ao modo como podemos pensar a rede. Plano que antecede as formas, que sustentam os arranjos entre equipamentos e seus correspondentes no modo de cuidado proposto, e no mesmo movimento, se atualiza em toda sua heterogeneidade. Ao dimensionarmos os agenciamentos concretos como efeito das conexões efetivas, apostamos em uma rede que se faz aberta, garantindo, assim, um campo movente de singularidades que pode se atualizar na medida do que se faz necessário aos sujeitos/corpos/vidas presentes nas tramas da produção do cuidado.



Figura 10: As malas de aço e as teias da aranha.

CAPÍTULO III – Inquietações Clínicas: incursões

Um corte, ou ainda, um recorte faz-se necessário, uma vez que, para o escopo do nosso trabalho, o campo clínico atravessa e é atravessado por nossas práticas e marcos teóricos. Claro que não se trata de definirmos tal e qual *clínica*. Nossas inquietações desdobram-se da leitura de Michel Foucault, e traçamos aqui uma breve genealogia. Advertidos de que ao pesquisarmos dispositivos, técnicas e práticas que possam ampliar a produção coletiva de saúde no contemporâneo, somos conduzidos a problematizar quais as condições de efetuação destas técnicas e tecnologias, quais condições históricas definiram o que em nossa atualidade chamamos de clínica e quais as suas extensões ao campo da saúde.

Inevitavelmente, a temática da clínica, coloca desafios que não se pretende esgotar e tão pouco defini-los como únicos. Ao se percorrer alguns textos de Michel Foucault, depara-se com importantes arcabouços teóricos para se pensar a composição do campo da clínica. Mais do que definir o que é a clínica, este autor tenciona as condições históricas e epistemológicas, as racionalidades presentes e produzidas, suas institucionalidades, suas práticas e saberes.

Como dito anteriormente, nosso plano empírico de investigação circunscreve-se na experiência do projeto *Coletivo da Música*, e neste ponto, destacamos que tal iniciativa se propõe a articular as oficinas de música na Rede de Saúde Mental do município de Campinas, no estado de São Paulo. Desta maneira, a construção de um trabalho coletivo, a relação com a ferramenta estética da música e o trabalho clínico-político são temáticas que se colocam na construção desta pesquisa.

Nesse sentido, pretendemos problematizar em que medida experimentações artísticas, grupos e oficinas realizados em diversos equipamentos de saúde compõem, ressoam ou perturbam as formas enrijecidas, normalizadas e naturalizadas das práticas em saúde, e questionar como tais atividades podem produzir efeitos terapêuticos e, com isso, compor o campo estético-político-clínico para além de seus limites-fronteiras.

Ao afirmar que estas atividades têm na experiência musical sua principal aposta, enquanto ferramenta de trabalho vivo na clínica, e possíveis efeitos de saúde,

colocamos as seguintes questões: No que toca a arte na clínica? Em que interessa-nos pensar a arte e a clínica, ou ainda, em que a discussão da arte interessaria a atualidade de nossas produções em saúde?

É claro que colocar um problema é, no mínimo, admitir que do encontro arte-clínica queremos extrair suas ressonâncias, seus paralelismos e também reconhecer suas contradições, as hipóteses a serem investigadas e os paradoxos próprios dos campos heterogêneos. E na perspectiva de certo pragmatismo foucaultiano poder-se-ia afirmar que será sempre um duplo movimento: ao nos depararmos com os limites próprios de cada estrato, campo, e assim localizamos ali, não só o que os define e distingue, mas as zonas de indiscernibilidade onde “as coisas estão sendo feitas”.

Ao se problematizar, aumenta-se a proximidade à produção de artificios, à ficção ou fabricação, e conseqüentemente, à prática. Trata-se de construir problemas próprios ao campo de onde eles se precipitam, posto que:

(...) a ficção é definida como um modo de mostrar ou tornar visíveis as condições de possibilidade de dizer coisas verdadeiras e o que significaria delas partir para pensar; a ficção possui um elemento pragmático que se adapta ao princípio de que o sujeito não é dado, tem sempre ainda que ser inventado (37).

No prefácio de *O Nascimento da Clínica*, Foucault (38) provocou o leitor com as descrições bem distintas de dois modos de descrever e abordar fenômenos físico-clínicos. Discorreu sobre a construção de um olhar. Olhar que se constituiu, em um primeiro movimento em um deslocamento ínfimo e total, durante quase um século, da linguagem, sem suporte perceptível, das fantasias para palavras da precisão qualitativa, que guiam nosso olhar para um mundo de constante visibilidade. Uma linguagem que tem como principal técnica a percepção apreendida pelo olhar. Mais adiante, o autor acrescentou: “o olhar que observa se só manifesta suas virtudes em um duplo silêncio: o relativo, das teorias, das imaginações e de tudo o que constitui obstáculo ao imediato sensível; e o absoluto, de toda linguagem que seria anterior ao visível” (38, p.118).

Foucault colocou a seguinte questão: “Mas, que experiência fundamental pode instaurar essa evidente separação aquém de nossas certezas, lá onde nascem e se

justificam?”. E prosseguiu, com certa ironia: “Será mesmo que um médico século XVIII não via o que via? Mas bastaram algumas dezenas de anos para que as figuras fantásticas se dissipassem e que o espaço liberto permitisse chegar aos olhos o contorno nítido das coisas?” (38, p.8).

Tratava-se de um importante deslocamento na relação médico-paciente, pois o que se narrava rompia com os elementos imaginários e fantásticos. Essa relação com o imaginário e suas alusões não desaparece simplesmente, mas se encerra na região dos sintomas subjetivos. Um encerramento que define para o médico não mais o modo de conhecimento, mas o mundo dos objetos a conhecer. Decorreu disto que a presença da doença no corpo seria contestada pelo reducionista discurso médico, e no mesmo movimento, seria ali forjado o objeto em que incidiria o olhar positivista. E Foucault (38) ainda nos advertiu: “o que mudou foi a configuração surda em que a linguagem se apoia, a relação de situação e de postura entre o que fala e aquilo de que se fala.”

Ele também apontou as modulações da linguagem, semântica/sintática que iriam produzir na modernidade o discurso racional. Para além dos conteúdos temáticos, compreender sua lógica exige um posicionamento diante de tais modulações, faz-se necessário apreender ali, onde palavras e coisas ainda não se separam, mais precisamente ali, onde modo de ver e o modo de dizer ainda se pertencem (38, p.9).

Assim, segundo o autor, o que está em jogo é a mudança de estrutura na relação visível-invisível, que compõe todo o saber concreto. Jogo de luz e sombra que entre as palavras e as coisas estabeleceu uma nova aliança fazendo ver e dizer. Incidindo sob a linguagem e sob o olhar algo para além de seus domínios anteriores. Há um objeto do saber das racionalidades médicas sendo tecido, produzido na espessura da percepção, forjando uma verdade das coisas, suas cores, seus tons no corpo silenciado¹⁰.

¹⁰Mais adiante, em sua obra *Vigiar e Punir*, Foucault ao analisar os mecanismos de poder presentes na sociedade disciplinar, ele nos recoloca a questão do corpo: no Renascimento, o corpo terá outro lugar, será colocado em outro sistema, onde a dor será evitada ao máximo. Nessa nova relação castigo-corpo, ele estará sujeito a coações, interdições, privações, obrigações, e muito raramente a punições corpóreas. Porém, mesmo pincelados pelo suplício, os mecanismos do sistema penal moderno, nos afirma Foucault, se caracterizariam muito mais por penalidades incorporais. É um deslocamento da ação punitiva que se dirigirá a um novo objeto: a alma. A reparação será na vontade, no intelecto, na alma. E tal redimensionamento do lugar e

Apresenta-se, então, dois deslocamentos importantes, em que um procede ao outro. Primeiro, para Foucault (2011), entre os séculos XVIII e XIX, a experiência clínica coloca-se neste interstício da produção de um indivíduo concreto à linguagem da racionalidade. E decorrendo disto, o segundo deslocamento, a transformação da:

“experiência clínica em conhecimento científico, foi preciso toda uma reorganização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre assistência e a experiência, o socorro e o saber; foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo” (p.216).

Destaca-se que a consequência direta é a produção de outro tipo de relação do humano consigo mesmo. Das palavras e suas designações as coisas, em um jogo aparentemente simples, constata-se um confronto sem conceitos entre um olhar e um rosto, uma piscadela de olhar em um corpo emudecido. Uma produção de práticas discursivas que objetivaram a medicina como ciência clínica, ampliando o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade.

Foucault (2011) localizou essa ampliação do domínio pela associação entre a medicina e o Estado no século XVIII. Três grandes escolas médicas situam-se neste campo de forças, a medicina estatal alemã, a medicina urbana francesa e a medicina da força de trabalho inglesa. Campo de forças, em que a necessidade de disciplinar e ordenar os fluxos e a própria vida em sociedade coloca-se por decorrência das guerras, das grandes epidemias e do desenvolvimento tecnológico e industrial.

Ao retomar os estudos de Foucault, estudos como os de Lemos, Ferla (39), e Ferla (40) afirmaram que tal configuração imbricada entre ciência, Estado e medicina nos possibilitaram pensar as relações de saber-poder que constituíram o campo da saúde, posto que a medicina moderna, compartilhando com a episteme científica emergente, ao final da Idade Média, intensificou o projeto da modernidade, criando condições históricas de

inscrição corpo será corroborado com as forças e mecanismos de poder presentes neste campo forjado pela medicina clínica.

afirmação da sua racionalidade, ao constituir uma cisão, desvinculando os fenômenos vitais do domínio teocêntrico a que estavam submetidos e objetivando-os no corpo somático que os submetem às disciplinas científicas.

Destaca-se com isso, que para Foucault (38), trata-se mais de uma cientifização da linguagem, um novo jogo de luz e sombra, que redefine e remodula as relações do perceptível e do enunciável:

A clínica, incessantemente invocada por seu empirismo, a modéstia de sua atenção e o cuidado com que permite que as coisas silenciosamente se apresentem ao olhar, sem perturbá-las com algum discurso, deve sua real importância ao fato de ser uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença. A discreto do discurso clínico (proclamada pelos médicos: recusa da teoria, abandono dos sistemas, não-filosofia) remete às condições não verbais a partir de que ele pode falar: a estrutura comum que recorta e articula o que se vê e O que se diz. (p. XVIII)

E o que se podia ver desdobrar, de maneira sucinta, era uma medicina que dominava a clínica: conhecimento da sucessão dos fenômenos biológicos e fisiológicos visíveis, o discurso que os correlaciona com os fenômenos da vida e a técnica que permite intervir para dominar as disfunções, tecnologias que são atualizadas na experiência clínica, e com isso, assujeita-se aqueles colocados sob seus domínios (médicos e pacientes) (40).

Neste ponto, queremos aproximar a essa breve leitura de Foucault, estudos de Ivan Illich que podem enriquecer o debate acerca da produção do campo da clínica, da objetivação do processo de adoecimento e seus desdobramentos históricos, políticos e sociais. Ivan Illich, no prefácio de sua primeira publicação, *Nemesis da Medicina*, em 1975, afirmou que “*A medicina institucionalizada transformou-se numa grande ameaça à saúde*”(p.). Seus estudos influenciaram fortemente a constituição do arcabouço teórico da Saúde Coletiva, sobretudo, no pensamento das décadas de 70 e 80 no Brasil.

Sua profunda crítica à institucionalização da medicina e seus desdobramentos, colocam questões muito atuais em nosso diagrama, como por exemplo, o recém-aprovado

projeto de lei, AO 1945, Ato Médico¹¹. Pode-se encontrar em *A expropriação da Saúde* que “*A empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado*” (41, p.1).

Para o referido autor, a saúde do homem tem sempre um tipo de existência socialmente definida. Ele avançou o pensamento afirmando que globalmente a saúde se identifica à cultura. E ainda que, a cultura produz o humano possível, seus modos e hábitos de vida, suas organizações, e também os registros e signos de suas emoções. Em suas palavras, “*Ao submeter-se à regulação de um programa mediatizado sobre a forma simbólica, o ser humano conclui seu destino biológico*” (p.101). Pode-se inferir que seria, então, pela construção de uma cultura que o homem encontra sua saúde.

Neste ponto, o autor chama a atenção para o vultoso desenvolvimento do saber-práticas médicas enquanto uma empresa profissional, e, sobretudo, sua disputa pelo conceito de saúde e principais consequências produzidas por tais deslocamentos, por exemplo, a medicina ao formular que a noção de bem-estar relaciona-se diretamente à eliminação da dor – e leia-se aqui, eliminação de sintomas, de fenômenos como delírio, alucinações, toda uma correção de anomalias – ao próprio desaparecimento da doença.

Transformação da experiência da dor, da experiência da loucura pela subtração do seu significado mais íntimo e pessoal, aqui não podemos deixar retomar a ideia do corpo silenciado e toda a transformação da linguagem descrita anteriormente por Foucault, na constituição do saber psiquiátrico sob silenciamento da loucura. Uma nova apropriação do sofrimento e figuras da dor. Com a colonização empreendida pela medicina moderna, verificou-se a medicalização do indivíduo, do social, da vida. Transformação que também aponta um deslocamento importante, o conceito saúde sofre radical flexão ao ser pensado em termos de ausência de sintomas. A saúde, nestes termos, adquire estatuto clínico (41).

¹¹Projeto de Lei do Senado nº268/2002: que define atos exclusivos de médicos. A atuação dos profissionais da medicina em nosso país segue leis e normatização que foi definida em 1931. O Projeto de Lei 7.703/06, que leva popularmente o nome de Ato Médico, prevê uma nova regulamentação do exercício da Medicina no país. Tal projeto tem gerado muita polêmica, sobre tudo em relação à hegemonia e centralização da atuação médica. Em 17 de junho de 2013, após mais de 11 anos em tramitação pelo Congresso Nacional, o projeto de lei foi aprovado pelo Senado Federal, com apenas 1 voto contra. Segue agora para sanção presidencial.

De acordo com Gaudenzi e Ortega (2011), Ivan Illich descreveu uma produção da cultura medicalizada em uma dimensão social e política, voltando seus estudos à sociedade, em um enfoque macrosociológico. Crítico radical da sociedade industrial e das tecnologias médicas. A temática da autonomia do sujeito, bem como a consequente relação de dependentes ao saber de especialistas para o cuidado de sua saúde, foi o foco central em seus estudos. Resultado do processo de industrialização, a medicalização e a consequente burocratização da vida, colocou o seguinte paradoxo, expresso pelo autor: como poderia a medicina institucionalizada ameaçar à saúde?

Com Foucault e Illich, pode-se compreender que há na intervenção política da medicina no corpo social, por meios de institucionalizações de normas e condutas, prescrições e análises do corpo e do comportamento humano. Em um mesmo movimento, torna não só os indivíduos dependentes de um saber que está agora fora da própria experiência vivida, como também, cria o projeto de uma sociedade saudável, ao se estruturar sob a égide de uma sociedade sem dor (sem delírios, sem alucinações), fundamentando-se em um discurso positivo e científico em que a natureza humana e dor/doença concernem à competência médica (41).

Foucault and Galvão (42), em seus estudos sobre o governo da conduta, o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea, afirmou que na própria constituição dos Estados Modernos se verifica uma proliferação da medicina em sua função técnica geral da saúde. Ao trabalhar o tema em, o *Nascimento da Medicina Social*, Foucault and Galvão (42) avançou nas reflexões que preparam o terreno para debates que serão feitos nas décadas de 70 e 80 sobre a noção de governamentalidade¹², como o conjunto das “artes de governar” dirigidas ao corpo político da população. Apontou, assim, a constituição histórica da medicalização da vida e do espaço social, que incide até os dias de hoje em nossas práticas, na clínica/cuidado produzidas no campo da saúde.

“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no

¹²Poderíamos brevemente descrever o conceito governamentalidade, neologismo criado por Foucault, em 1978, visando apresentar, em suas obras e cursos, a maneira como os governos historicamente conduziram as condutas dos homens, das populações como ponto de análise para as relações de poder que são por ela estabelecidas.

biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política” (42, p.79-80).

Assim, com essa nova configuração, a biopolítica e a medicina ganham novos contornos no governo das condutas: verdadeiro dispositivo de governo que opera sob a tríade moral -economia - política do corpo. Para Foucault, a vida tornou-se objeto de lutas políticas e o médico o grande responsável por prescrever as melhores formas de andar a vida (43). Formou-se, então, uma polícia médica a serviço do Estado responsável por prescrever, determinar, manter a ordem: a saúde individual e coletiva.

Sumariamente: aos médicos nestas novas tecnologias do poder caberia ensinar modos de vidas e condutas saudáveis. Interferências nos modos de vida e nas condutas individuais e coletivas, e aqui um novo deslocamento: mais do que tratar a doença, caberia ao campo da medicina empreender uma produção de todo um saber, regras e normas que orientariam a vida moderna. Assim, para além do saber de clínico, seria com a função de higienista que o médico se asseguraria uma posição privilegiada em torno dos controles da saúde da população, da saúde coletiva. E aqui, pode-se sinalizar uma disputa intrínseca ao campo da clínica/cuidado, que mais tarde interessaria à Saúde Coletiva, tensão entre as distintas funções nas tarefas de gestão e planejamento das ações de saúde e a produção do cuidado singularizado.

Dito isto, o processo de medicalização se colocou como uma importante noção para a compreensão do movimento de expansão do campo de ação do saber-médico. Observa-se que vivências e experiências ordinárias, aspectos próprios ao campo da vida, passaram a ser nomeados e definidos em termos médicos, verificando-se uma patologização da vida. Tipos e categorias que antes não existiam passaram a ser criados, nomeados, entendidos pela racionalidade médica. Subordinou-sea dimensão social e humana da vida a uma tecnologia biopolítica de gestão da vida – biopoder – chamada de medicalização, compatível e afirmada na própria matriz da ciência moderna, que se fortaleceu nesse mesmo período da história (40).

Podemos então aferir que as racionalidades médicas, ou seja, todo um saber-poder produzido no campo da medicina, proveram a matriz pela qual o governo atuou na população. Ao formular os problemas da população, nomeados como delinquência, criminalidade, indigência e alcoolismo, os mesmos foram construídos como doenças, atingindo o corpo social, e considerados analisáveis em termos médicos, como produtores do miasma moral da alma circulando no coração das cidades. (15, 44, 45).

Cabe assinalar que, dentre as forças que torna possível o problema das condutas, a medicalização se destaca como uma importante maquinaria no funcionamento e na constituição material das tecnologias do poder sobre o homem-corpo e o homem-espécie, ou seja, como uma das ferramentas do biopoder (46, 47). Pode se ousar a dizer que a medicalização seria a mais importante característica do saber-poder médico, com efeitos diretos na constituição dos corpos e das subjetividades na contemporaneidade (48).

FOUCAULT (47) falou de um processo infinito de medicalização da sociedade, com os avanços das biotecnologias e a entrada da vida e da história humana nas possibilidades médicas, bem como a extensão do campo de atuação da medicina, que hoje se traduz em uma antinomia: o que não é da medicina, está medicalizado. Posto que, na medida em que os discursos e práticas da medicina se difundem por todo o campo social, os indivíduos e a sociedade são fabricados como efeitos desses discursos e práticas.

Antinomia que se estenderá a todo um campo de tradição da saúde contemporânea. Como afirmaram Merhy and FEUERWERKER (49), há toda uma produção do modo de olhar a problemática do sofrimento humano, a partir de um lugar que é reconhecido por muitos como a produção de um processo histórico e social, denominado medicalização da existência e da vida individual e coletiva, sobretudo a partir do século XX(p.1).

Objetivou-se aqui traçar alguns apontamentos extraídos da leitura destes autores, que muito ressoam e contribuem para a construção do pensamento crítico em saúde. Ao se dimensionar, assim, as linhas históricas e sociais, como também os procedimentos e as técnicas que emergem e atualizam o campo da clínica, pretende-se desnaturalizar a própria ideia de cuidado e o lugar-função da clínica no campo da produção

da saúde, a partir da compreensão de que o paradoxo entre medicina, cuidado e saúde é um problema mais que atual e urgente. É evidente que esta breve incursão nos deixa mais pistas e norteadores no caminho a ser trilhado.

Nas palavras de Foucault, não se trata de uma medicina contra uma outra, ou contra medicina por uma ausência de medicina, “O que conta nas coisas ditas pelos homens não é tanto o que teriam pensado alguém ou além delas, mas desde o princípio as sistematiza, tornando-as, pelo tempo afora, infinitamente acessíveis a novos discursos e abertas à tarefa de transformá-los” (38, p.18).

Do problema genealógico da clínica e passagens biopolíticas

“Hoje eu não tomei o remédio da janta não, não da pra vacilar, eu vou correr o risco de pisca no meio da apresentação. Esse negócio derruba a gente. Na volta eu tomo e já chego dormindo em casa.” (Narrativa-memória usuário)

Fazemos aqui uma pausa e um fôlego. Uma pausa para decantar algumas pistas que este breve recorte-genealógico da clínica desencadeou, e um fôlego, necessário ao plano empírico, que traz consigo linhas históricas que se intensificam quando colocamos em questão a atual política de saúde mental, para compreendermos o lugar que as expressões e as atividades musicais têm nos equipamentos desta rede, suas tensões com o campo da clínica e os diversos saberes que se atualizam.

Segundo Foucault (1981), em *Microfísica do Poder*, com as racionalidades advindas da modernidade, foi possível observar o surgimento de uma relação de oposição entre razão-desrazão. No paradigma moderno, a valorização da racionalidade produz um binômio loucura-desrazão como signos negativos e os objetiva por uma lógica da exclusão (Dimenstein, 2009). Do paradigma moderno, toda uma maquinaria configura a *forma-*

homem, fundado pelo modelo hegemônico científico, indivíduo, sujeito do conhecimento e cartesiano (Dimenstein, 2009).

Nesta proposição, o problema das populações e o surgimento dos princípios burgueses, a ordenação social e a riqueza das cidades, dos quais se desdobraram as práticas discursivas e não discursivas do asilamento e da exclusão da loucura, conferindo ao louco-desarazado o estatuto de problema social. Rauter and Peixoto (50), analisando Foucault, afirmaram que:

Será na superfície das relações constitutivas do campo social que se reproduzirá a emergência da racionalização, dos códigos conceituais, das teorias, recebendo o estatuto de verdade. Seguindo esta perspectiva, teremos nas “instâncias de delimitação”. A instituição da psiquiatria como conjunto de práticas e de saberes sobre o corpo da loucura, regulamentada pela corporação dos indivíduos que compõem o corpo médico como saber legitimado e reconhecido pela opinião pública, pela justiça e pelo Estado. (50)

Soma-se a isso a produção dos Hospitais Gerais na Europa do século XVII, e no contexto brasileiro no século XVIII. Verdadeiros lócus de exclusão da pobreza, da desrazão, em que eram depositadas massas de excluídos, silenciando e dispersando a loucura.

Em capítulo anterior, apontamos esse deslocamento da experiência trágica da loucura para uma a experiência crítica da loucura, a partir do qual se adquiriu historicamente o estatuto de doença e foram estruturados novos arranjos de controle social e jurídico aliados aos argumentos médicos. Foi com Pinel que se operou um dispositivo de distinção da loucura da des-razão, do miserável e culpado e a circunscreveu na doença. Desse modo, a loucura e o louco, dominados pelas amarras da racionalidade, foram silenciados, objetificados, excluídos e privados de desejos pelos valores capitalísticos.

Assim, o hospital psiquiátrico constituiu uma estrutura na qual a medicina exerce seu poder a partir de um “regime disciplinar” (Foucault, 1988). Por meio destas aparelhagens microfísicas, a loucura sofreu deslocamentos, sendo interiorizada e localizada no corpo, como desvio e patologia da natureza, e, com isso analisada, dissecada e tipificada

em nosografias que permitiram ordenar e organizar o tratamento, impedindo a mistura e o “contágio” entre as diferentes formas de adoecimento mental (Dimenstein, 2009).

Processos de disciplinarização dos corpos, em que as instituições psiquiátricas operaram todo um sistema de normalização por uma “anátomo-política do corpo”: o regime disciplinar conferiu às instituições psiquiátricas todo um sistema de domesticação e normalização do corpo (Foucault, 1988) . E por um conjunto de técnicas incidiu sobre o corpo individual, atuando em cada detalhe dos gestos, dos movimentos, do espaço e do tempo, de modo a esquadrihá-lo para aumentar-lhes a força útil sob a lógica da produtividade.

Em meio a estas linhas históricas, que as instituições psiquiátricas e seu campo próprio foi produzido no Brasil. Uma história da psiquiatria que poderíamos nomear como a história de um processo de medicalização social, posto que os primeiros hospitais psiquiátricos surgiram em meio a tecnologias disciplinares individualizantes, exercidas no contexto do surgimento das cidades, do problema das populações, trazidos por ondas de além mar. Tecnologia que Foucault and Galvão (42) chamou de biopolítica, a qual incidiu sobre os processos sociais, políticos e econômicos que assaltaram a segunda metade do século XVIII. Tratou-se de administrar os processos inerentes às populações vivas: mortalidade, natalidade, reprodução, longevidade, fecundidade, incapacidades biológicas, efeitos do meio ambiente, epidemias e endemias. Foucault and Galvão (42) afirmou que, dessas áreas de intervenção, a biopolítica extrairia seu saber e definiria o campo de intervenção de seu poder.

Essa tecnologia lida com fenômenos de outra natureza, aqueles que só se tornam pertinentes ao nível da massa, os fenômenos coletivos: “acontecimentos aleatórios que ocorrem numa população considerada em sua duração”. E se a biopolítica se dirige à população, um novo corpo emerge, o *corpo populacional* – esse elemento que escapava à teoria do direito (conhecidora do indivíduo e da sociedade), e às práticas disciplinares (que lidavam com o indivíduo e seu corpo). Assim, sua intervenção efetiva, tem que introduzir, não apenas instituições, mas mecanismos mais sutis, mais racionais, que regulem a população global, para a otimização da vida. *Mecanismos reguladores*, tentando

“estabelecer uma homeostase”: previsões, estatísticas, medições globais, que levam em conta os fenômenos enquanto globais.

Trata-se ainda, de maximizar e extrair forças, mas por caminhos diferentes dos mecanismos disciplinares, pois não atua ao nível do detalhe, treinando o corpo individual, mas, por meio de mecanismos reguladores, procurar controlar, e mesmo modificar, uma série de acontecimentos que podem assaltar a população, buscando obter estados globais de equilíbrio. Enfim, “levar em conta a vida, os processos biológicos do homem espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação” (Foucault, 1999, p. 294).

Observa-se com a tecnologia regulamentadora, a vida sendo objetivada e capturada pelo poder. Com a tecnologia do poder sobre a população, surge o homem vivo. Diferente do poder de soberania, que se pautava no direito de fazer morrer e deixar viver, esse novo modo de governar, modificará tal direito, tornando-o direito de fazer viver e deixar morrer. Desloca o direito de morte, para um poder que gere a vida, destinado a produzir forças, mais do que destruí-las. Foucault afirmou que o poder de regulamentação é “o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no “como” da vida”.

Outrossim, o aparecimento histórico das biopolíticas, deu-se pouco depois dos aparelhos disciplinadores, devido à complexidade centralizada no aparato estatal e à diversidade dos processos biológicos e bio-sociológicos da massa humana. Mas suas estratégias só puderam se instalar dado o trabalho anterior de disciplinarização dos corpos individuais. Mecanismos disciplinares do corpo, articulados aos mecanismos regulamentadores da população: a organo-disciplina das instituições, articulada à bio-regulamentação da população pelo Estado: eis a *Sociedade de Normalização*. A norma, segundo Foucault, era o elemento articulador da disciplina e da regulamentação. O poder de normalização se instalou definitivamente no século XIX, e permitiu a constituição de uma malha de poder que teceria o orgânico e o biológico, o corpo e a população. Nesta perspectiva, o hospital psiquiátrico do século XIX, operou enquanto dispositivo do biopoder em sua função de normalização que se deu no engendramento de uma *anatomo-política do corpo* e uma *biopolítica da população*.

Pode-se, então, inferir que constituindo o campo psiquiátrico, encontra-se um mecanismo de poder sobre a vida que opera por concepções racistas e eugênicas e que se atualiza, em diversas nuances, até os dias atuais. São desdobramentos muito sutis e escamoteados pelo discurso da cura, do tratamento. Como afirma de Paula Souza (51), tais práticas racistas e xenofóbicas, oriundas da criação da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundamentam-se sob uma estética do higienismo, conferindo um nova regulação à população desviante, em que se opera um deslocamento da repressão à cura, pautada em um cientificismo técnico que se justificou no próprio campo da saúde pública. “O louco passou a ser figura emblemática para qualquer desvio de conduta, numa “tentativa de medicalizar a lei, aproximar crime e doença mental, transferindo para a psiquiatria maior poder” (p.188).

Ora, foram muitos os movimentos histórico-políticos nestas últimas décadas, em que a história da psiquiatria desdobrou-se em movimento de reforma psiquiátrica e, conseqüentemente, de constituição do campo da saúde mental. Com Rauter and Peixoto (50), perguntamos se seriam os mesmo objetos da saúde mental em nossa atualidade?

Para que o alienismo pudesse se manter de pé foi preciso produzir o asilo enquanto espaço que deu visibilidade ao poder do alienista, com sua estrutura arquitetônica e com as composições sonoras enunciativas que ali operavam cotidianamente. Não obstante, o fim do asilo não significa o fim das práticas asilares, que podem continuar a ocorrer nos espaços extramuros. Nos dias de hoje, no espaço das instituições de saúde mental, mesmo que não asilares, uma matéria-prima definida como mórbida é também modelada por dispositivos de “saúde mental. (50, p.271).

Faz-se necessária uma postura de problematização diante das novas proposições políticas e os arranjos por ela produzidos. Sabe-se que o campo da saúde mental é híbrido e heterogêneo, e que a proposição do cuidado em rede, por equipamentos substitutivos, é perpassada pelos discursos do DSMIV, das teorias psis e suas tendências subjetivas, pelas ações sociais e reabilitadoras, e entres muitos outros atores e cenários que atravessam a rede. Quais estéticas são produzidas nestes jogos do poder no contemporâneo? Como Rauter e Peixoto (50) colocaram: “estariam os corpos dos usuários sendo ‘modelados’

assim como o corpo do louco foi modelado pelo asilo?(p.271). Acrescentamos aqui: Quais modulações estão em jogo na atual política de cuidado em redes?

Não se pode negar que há uma estética impressa nos usuários da saúde mental. São “marcas-vestígios das operações discursivo-teórico-práticas das filiações dos especialistas em saúde mental”. Adverte-se que “os especialismos são centros de poder que, nas suas múltiplas faces, produzem corpos-objetos, produção da matéria-prima que, doravante, circulará em meio aos saberes-práticas-discursos sacralizados e legitimados como universais” (50).

De acordo com Passos and Benevides (7) estas questões se colocaram em um jogo de forças entre poder e vida, pois do exercício de poder sobre os corpos e suas modelagens ortopédicas, verifica-se um deslocamento, não se sobrepõe e sim combina-se, mistura tais relações de poder nos processos próprios à vida. O autor acrescenta que o biopoder se faz por uma nova aposta das estratégias políticas e econômicas sobre a vida, no viver. Assim, compreender tal relação de imanência do biopoder necessariamente recoloca nossas próprias estratégias de enfrentamento e intervenções clínico-políticas.

Experiência paradoxal do contemporâneo: “como ativar formas de resistência a um biopoder já que seu exercício se dá na imanência do vivo?” (7). Invoca-se aqui uma aposta foucaultiana da força de resistência da própria vida tornada obra de arte. Uma estética da existência enquanto prática de criação, em que a noção do sujeito convoca as dimensões ética, estética e política e pela sua expressão, como potência da vida, resiste às investidas do poder, às formas de dominação.

Assim, no plano da clínica, uma postura biopolítica reconhece as investidas do poder capilarizadas nos modos de vida, e se expressa enquanto resistência. Produzir no plano clínico movimento de *clinamem*, a experiência mesma de ruptura, um desvio imprevisível no percurso de vida, na criação de novos territórios existenciais. Portanto, biopolítica se distingue de biopoder. Uma distinção que se define pelas forças de resistências presentes na criação própria da vida.

Essa resistência se faz biopoliticamente através de práticas de si, de uma estética da existência que investe na capacidade de auto-organização ou

de autopoiese da vida, pois se o biopoder investe sobre a vida, a biopolítica é a livre expressão da potência autopoietica da vida". (7, p.7).

CAPÍTULO IV - Ethos e Movimento: perspectiva cartográfica para metodologia de pesquisa

“Isto é, não há nenhum método puro, neutro, perfeito. Na minha opinião, o método é sempre uma aparência enganosa, uma vez que as verdadeiras descobertas jamais se fazem seguindo um método, elas sempre se fazem transgredindo um método. Como se fez uma descoberta usando um método novo, acredita-se que foi esse método novo que permitiu a descoberta e que este é o método. Mas a descoberta é sempre, ao mesmo tempo, a descoberta de um método”. (Pierre Levy, 1999,p.50)

Primeiras Ressonâncias: a produção do Coletivo da Música

Construção de um ethos

Fevereiro de 2007, Carnaval, fora meu primeiro encontro com o “Bloco Unidos do Candinho”. Havia três dias que estava em Campinas, tinha prestado a prova do aprimoramento em saúde mental na Unicamp. Na praça do antigo prédio que outrora fora o Sanatório Dr. Cândido Ferreira, e que hoje abriga o Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, habitavam centenas de pessoas, de diversos lugares e serviços de saúde da cidade. De ônibus, peruas, a pé, trenzinho e mini-bugue, chegavam eles, cada vez mais. Camisetas coloridas, rostos pintados, rostos marcados que esboçavam um sorriso. Aos poucos se unem entorno do carro de som, que já projetava uma voz, que convidava a todos para brincar o Carnaval. Em alguns minutos o Bloco saíria...

A experiência aqui se circunscreve no campo da saúde mental, um dos territórios possíveis no campo da saúde. Assim, o trabalho no território clínica-saúde mental-CAPS me possibilitou a circulação por entre as atividades que já aconteciam e de certa maneira eram instituídas e formalizadas, tais como as oficinas terapêuticas, grupos de circulação da palavra, grupo de tratamento, assim como também percebia uma forte

presença de gestos informais e muito potentes, como bate-papos musicados à beira da piscina, onde usuários e funcionários cantarolavam algumas músicas, jogavam algumas conversas fora e tantos assuntos dentro, encontros despreziosos e ritmados por outros tempos. Cantarolavam alguns lugares...

E a partir da experiência vivida com o *Bloco Unidos do Cãndinho* e seu convite para uma coletividade estética, algumas inquietações me surgiram e de certo modo instigavam minha incursão no trabalho da clínica-cuidado. Inquietações com os lugares e processos criativos de ação no dia a dia, onde estariam essas linhas de fuga reais no modo de atualizar a clínica como uma estética do cuidado. Reconheço aí uma territorialidade possível: os sons que ecoavam ali...

Retomo o primeiro encontro com o bloco de carnaval: Ouço batidas de surdos e malacachetas, em um ritmo de maracatu misturado com batidas de bandas marciais. Mistura entusiasta e uma primeira inquietação: o que é isso que eles estão tocando? Isto não é um bloco de carnaval? Eles cantam uma música e eles tocam outra? Descompasso entre vozes e ritmo. Coisa de louco isso! O bloco segue seu percurso pelas ruas do Distrito de Sousas. Naquele mesmo dia soube que o *Bloco Unidos do Cãndinho* acontece desde 1993 e desfila pelas ladeiras da praça e ruelas de Sousas, convidando a comunidade a celebrar uma expressão da maior festa popular de nossa cultura, o Carnaval .

Variações que me foram perceptíveis: Sob o agenciamento deste som descompassado tocava-se algo nestes corpos em movimento carnavalesco. E estes acordes, por vezes ruídos, ressoavam também em outras bandas. E como seriam os interstícios, fissuras pelas quais nestes diversos lugares-equipamentos ecoavam e se abriam para a musicalidade e expressões da experiência da loucura, da vida.

Em meus percursos, itinerários pela rede, constatava a existência de arranjos produtores de Políticas de Convivência Virtual. O som e a música são elementos presentes no cotidiano dos serviços de saúde mental em nossa atualidade, por vezes esses sons, toques, cantos inundam, e imprimem outros ritmos imperceptíveis, por vezes silenciados, já que o estatuto “barulho” muitas vezes é vivido como algo incômodo aos ouvidos viciados pelas normatizações que orientam as práticas de saúde. Outras vezes, sons que são signos

de sentidos compartilhados no cotidiano dos serviços, em algum momento de crise e alvoroço rapidamente permitem identificar o que necessita ser feito. Pelos sons que ecoam pela casa, ou em dias de festa em que as vozes são mais projetadas na roda de música:

Ephtah!...Abre-te, ouvido, para os sons do mundo, abre-te ouvido, para os sons existentes, desaparecidos, imaginados, pensados, sonhados, fruídos! Abre-te para os sons originais, da criação do mundo, do início de todas as eras... Para os sons rituais, para os sons míticos, místicos, mágicos. Encantados... Para os sons de hoje e de amanhã. Para os sons da terra, do ar e da água... Para os sons cósmicos, microcósmicos, macrocósmicos... Mas abre-te também para os sons de aqui e de agora, para os sons do cotidiano, da cidade, dos campos, das máquinas, dos animais, do corpo, da voz... Abre-te, ouvido, para os sons da vida...Ephtah!(FONTERRADA apud SHAFER, 1991).

Foi assim que sob a qualidade intensiva deste atravessamento uma profunda inquietação – sob a forma Bloco de Carnaval - se dobra em uma provocação - ouvir o som – que me afetou e me vi assim implicada. Misto de estarrecimento e sensações, jogo de sensações e sentidos que movimentavam, a mim e posteriormente pude perceber que alguns outros corpos também.

A música sempre me foi uma companhia. Uma profusão de memórias e sensações que me remontam a primeira infância, aos sons da casa e as vozes que fiavam e teciam esses primeiros anos de vida. Nas palavras de minha família eu sempre ouço:

Ouvir musica deixava ela calma desde pequenina, ela deixava cuidar do cabelo e só dormia se cantava-embalava na canção do Caymm: minha jangada vai sair pro mar, vou trabalhar, meu bem querer, se Deus quiser quando eu voltar do mar um peixe bom eu vou trazer.(Narrativa-memória de trabalhador).

Do gravador gradiente-laranja guardo a lembrança de como foi ouvir minha voz assim, apreendida na gravação, e de repente, eu me ouvia. O som da vitrola, os falantes que pareciam enormes e as festas com os vinis dos sambas enredos das escolas do Rio de Janeiro. Aprendi a cantar e bater nas palmas das mãos a música popular. O samba logo seria minha predileção e mal sabia eu, que traria para minha vida um dos territórios de

intensa experimentação. Um recorte: o dia em que na agitação do dia-a-dia do CAPS, foi o cavaquinho que marcou o tempo e organizou a crise.

Já estava no campo de formação do aprimoramento há quatro meses, e naquele dia era esperado que ao fim da tarde a roda se faria na grama ao lado da piscina, porém desde o almoço, uma agitação psicomotora seguida de profunda crise de perplexidade atravessou a manhã e adentrou a tarde com ruídos e expectativas comuns aos momentos de “quebradeira”. Foi o dia em que vi um técnico de enfermagem que propõem uma contenção só pela presença do corpo-a-corpo, esperando pacientemente outra gestualidade, passado algum tempo, depois da administração medicação, traz o cavaquinho que era do usuário e começa a cantar e acompanhar suas notas, um tanto frouxas, imprecisas, mas ressoavam suficientemente para equipe e usuários se tranquilizassem para o termino do dia. Naquele dia voltei para casa com uma estranha alegria, pois não se tratava de trocar os remédios e contenções por salas com música ambiente, tão pouco ensinar a todos a tocar um violão ou qualquer outro instrumento. Algo se passava entre a crise e o acompanhar as notas, entre a agitação e o acompanhar do imponderável que ali se expressava...qual era a música que se fazia ressoar nos gestos daquele trabalhador?

A roda de música informal no jardim da casa-CAPS logo se transformaria em um grupo de atividades estruturado e aberto aos usuários. E durante os dois anos seguintes, nossos desafios seriam: como um grupo de experimentação musical aberto poderia construir um repertório? Ou ainda, como manter o trabalho em sua constância de dia e horário, com uma ou mais pessoas, organizando músicas e ao mesmo tempo prezar por sua provisoriade, devido a abertura a novos participantes, a escolha de o repertório dar se a partir da sugestão de cada participante? Como sustentar essa abertura e consistência no fazer musica? Quais instrumentos comprar e como propor a experimentação de maneira sincera, porém sem o objetivo de execuções perfeitas?

Essas foram algumas questões que impulsionavam o trabalho, por vezes desafiador, inclusive por momentos de dificuldade em suportar certo caos e dispersão. Porém ao final destes dois anos, eu e dois companheiros de trabalho proporíamos um trabalho ainda mais aberto, amplo: para outros equipamentos da rede. O local: na praça, na quadra, na marquise da antiga estação ferroviária, em locais públicos, abertos e acessíveis a

todos que iriam se deslocar de seus territórios para a atividade. O convite: montarmos uma bateria de carnaval para o Bloco Unidos do Candinho.

Uma inquietação agora compartilhada: o Bloco já existia e anualmente um grupo da cidade era contratado para tocar no desfile. Como construir um trabalho com os diversos equipamentos e que todos tocassem juntos?

Foi depois de uma festividade que me ocorreu a resposta-ideia: se já trabalhamos com 8 usuários, e aqui nesta festa tem ao menos mais 5, imagina se a gente consegue agregar todos os outros serviços que já tem atividade musical..podemos ter a nossa própria bateria, compor cantar e tocar o nosso samba! Mas e os instrumentos? e como aprender a tocar samba carnavalesco? (Narrativa-entrevista de trabalhador)

Assim, trabalhadores e usuários experimentam pela primeira vez uma oficina de bateria de carnaval.

Setembro de 2008, estou no mar de Copacabana, reflito sobre uma ideia que já estava no ar há um tempo, rondando minha cabeça e a de meus parceiros. Naquele momento, ficou mais claro qual seria o próximo passo: juntar as pessoas que faziam música na Saúde Mental de Campinas e fazer uma oficina de percussão: como resultado, compor uma bateria de escola de samba. O Bloco Unidos do Candinho saía todo ano com uma bateria convidada. Já estava na hora de nos aventurarmos por ali. (Narrativa-memória de trabalhador)

Novas inquietações: como propor isso aos nossos colegas de trabalho, e como explicar á gestão que faríamos atividades para além do território, não só para os usuários dos equipamentos referenciados. Fomos primeiro conversar com os gestores, com a superintendência e explicar que poderíamos:

desenvolver um trabalho que a apropriação e protagonismo do usuário seriam maior, mais encarnado. Que verificamos no dia a dia um número de pessoas que integravam a rede, usuários e trabalhadores, que a música era o principal encontro para o cuidado (Narrativa-memória de trabalhador).

Nossa proposta foi bem recebida, e com certo entusiasmo visitamos um por um dos equipamentos da rede de saúde mental, nas reuniões de equipe e matriciamentos, para propormos o convite:

Um trabalho em conjunto, com uma agenda e locais que poderíamos definir. Queríamos fazer com, esse deslocamento para fora dos serviços e a possibilidade de habitar a rua, de fazer destes espaços públicos verdadeiros locais de encontro, zonas de troca. (Narrativa-entrevista trabalhadora).

E assim fabricamos este novo agenciamento: o projeto Coletivo da Música. Deste modo, o Coletivo enquanto formado por usuários e trabalhadores, com o pré-texto de protagonizar a bateria do Bloco de Carnaval, arrasta o Bloco, adentra o cotidiano destes equipamentos-lugares levando o som da ruas, dos toques e ritmos ali experimentados, das vozes entoadas, produzindo ações além dos muros, jardins e salas de atividades. Aos poucos foi se configurando como uma proposição de trabalho em que o trabalho coletivo comparece e se propõe articular, instrumentalizar e fortalecer as oficinas de música que já aconteciam na Rede, e fazer destes espaços de experimentação propulsores ao movimento para fora dos espaços instituídos e com isso, produtores de territórios mais expressivos, em um trabalho clínico-político.

Assim, em maio de 2008, após as atividades da semana da luta antimanicomial, os primeiros movimentos do projeto Coletivo da Música ganham contornos, e intensificam a minha relação com a música, a música enquanto instrumento próprio ao trabalho em saúde.

Dos encontros com os diferentes trabalhadores e usuários que tocavam e cantavam construíamos proposta de uma oficina aberta de bateria para percussão. Com o passar do tempo a compreensão de como e quantas oficinas e grupos aconteciam nos CAPS, nos Centro de Convivência e em parceiras com tantas outras redes comunitárias e territoriais (como por exemplo, os centros comunitários que fisicamente sediam ONGs que disparam atividades com seus monitores e as ofertam na rede de saúde) se delineava em compreensão de uma rede, pelas suas musicalidades e paisagens.

Das questões que envolviam tanto a organização, execução e proposições de cada grupo/oficina, nos chamou a atenção, por exemplo, os espaços físicos para a realização dos grupos de música em um equipamento em que as salas estão quase sempre destinadas aos atendimentos individuais, ou ainda quando os instrumentos musicais estavam ainda guardados em caixas e sacolas que chegaram do setor de compras e ali permaneciam “*pois ninguém aqui toca esses instrumentos e ainda não sabemos como fazer*” (Narrativa-memória de trabalhador).

Então do pretexto de nos apropriarmos da Bateria do Bloco Unidos Do Candinho pensamos na oficina de bateria de percussão ao mesmo tempo em que ao propormos uma atividade conjunta e aberta aos nós da rede nos deparamos com o como, de que maneira iríamos convidar os trabalhadores para *outro* trabalho, a *outra* experiência fora de suas horas alocadas, seus locais de trabalho. Traços, trajetões e itinerários começavam a riscar outros territórios e com isso outras expressões para o trabalho de música na rede de cuidados de saúde mental.

Desde as primeiras conversas com a superintendência do SSCF¹³, principal interlocutor da gestão e território institucional do trabalho-pesquisa, compartilhamos a vontade de construir uma oficina em conjunto, e no mesmo movimento criar espaços de troca entre pessoas que vivenciavam a música nos seus espaços do trabalho em saúde, ou que pudessem se interessar por esse saber-fazer. Uma lembrança deste momento por-um-de-nós:

O bloco Unidos do Candinho saía todo ano com uma bateria convidada. Já estava na hora de nos aventurarmos por ali. Os parceiros compartilharam dessa mesma “loucura” e aos poucos foi surgindo o Coletivo da Música. Novos desafios: unir profissionais, usuários, familiares – fazer todo mundo tocar junto: “olha a harmonia”. O

¹³ Em breves palavras o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira fora um antigo hospital psiquiátrico, que passa por transformações advindas do movimento da reforma psiquiátrica e do movimento da luta antimanicomial, desde o ano de 1991. Em 1990 firmou um convênio de cogestão entre o Cândido Ferreira e a Prefeitura Municipal de Campinas, o que possibilitou a implementação da Reforma Psiquiátrica, substituindo métodos agressivos de tratamento por uma nova forma de cuidar, processo que perdura até a atualidade. (In Moreira R. PROJETO MALUCO BELEZA: A COMUNICAÇÃO COMO DISPOSITIVO TERAPEUTIZANTE DE (RE)SIGNIFICAÇÃO DE SENTIDO DE VIDA, NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA. 2011. P. 218.)

trabalho se consolidou e cresceu, pessoas chegaram e outras se partiram. Algumas retornam. Sempre ficou claro que não se trata de um grupo fechado, mas um espaço que agrega pessoas conforme o interesse, a situação, as possibilidades. E é assim que o Coletivo segue resistindo e proclamando uma maneira de se fazer saúde mental. (Narrativa-entrevista de trabalhador).

Pactuamos com a Superintendência e construímos uma estratégia de comunicação de nossas ideias. Na reunião de colegiado gestor seguinte apresentaríamos uma proposta formal de como estruturaríamos tal trabalho, quantas pessoas para isso para aquilo, e enfim construir coletivamente como, onde e quando as atividades aconteceriam. Assim, visitas às reuniões de equipe dos CAPS III, CAPS I e CAPS AD, participações nas reuniões dos fóruns de Centro de Convivências, reuniões de trabalhadores e apoiadores da saúde mental dos distritos de saúde, constituíram nossos primeiras incursões na rede, um convite e uma proposta que nos lançaram muito além das formalizações e procedimentos clínicos. Questões relacionadas à ampliação das vias de comunicação, cooperação e criatividade entre serviços, gestores, profissionais, usuários, familiares, colocavam-se gradativamente. Construíamos em meio a tantas variações, redes efetivas e afetivas de trabalho. As atividades artísticas seriam esse campo de passagem da comunicação, de dar voz aos diferentes atores destas tramas da saúde.

Aos poucos a compreensão de que nos encontrávamos no trabalho em saúde em um território, primeiro múltiplo, heterogêneo, nos apresentavam questões quanto à intersectorialidade do trabalho. A realidade de uma rede com distintos equipamentos, dentre eles os CAPS III, AD, Ii, Centros de Convivência, Núcleo de Oficinas de Trabalho, Enfermarias de leitos Psiquiátricos, Hospitais Gerais, Serviço Residencial Terapêutico e equipes multiprofissionais caracterizavam esta rede macropolítica. Identificávamos não só uma rede, mas como distintas clínicas e suas diferentes compreensões dos trabalhos e expressões artísticas.

o que esse pessoal agora quer é sair do horário de assistência pra fazer barulho, o carnaval esta muito longe ainda... já não bastam os dias que

isso aqui tá um agito só, agora eles vão fazer ainda mais barulho! E vão sair pra onde, pra rua? (Narrativa-memória de trabalhador)

Não eram incomuns esses desassossegos diante das atividades e saídas com grupos de trabalhadores e usuários. Perguntávamos-nos: como efetivamente propor aos equipamentos de saúde uma direção de trabalho ampla e coletiva na proposta de articular atividades e potencializar nossas ações mesmo diante de tantas distinções e diferenças? Muitas, muitas conversas desenrolaram nossos enredos. De verbos e versos construíamos ações e enfrentávamos as dissonâncias que emergiam em nosso cotidiano.

A orientação da política nacional em saúde mental quanto à formação multiprofissional das equipes que compõem um serviço de referência como um CAPS, não garante em si uma heterogeneidade e abertura aos novos movimentos no campo clínico. A rua era agora uma extensão da sala de atendimento, como lidar com esse atravessamento dos contornos institucionais para a cidade, a rua? Ao mesmo tempo é sabido que é próprio ao contexto de uma política de saúde mental que aposta na construção de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, “é pela a posta da cidade, na cidade, e não mais no asilo, o espaço em que a experiência da loucura requer ser acompanhada.” (52).

A aposta no trabalho mais amplo e coletivo se afinava a uma construção de atividades como verdadeiro exercício clínico. Como nos afirma Palombini (52) exercício que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto. Ao desinstitucionalizarmos a loucura, abrimos e ampliamos a própria clínica. Movimento de Reforma Psiquiátrica necessário para a construção de outro lugar para loucura, e mais que isso, de outros movimentos que desestabilizem os estigmas, as segregações, abrindo o plano do cuidado-clínico às avenidas de acesso, ali onde a vida, mesmo em seu sofrimento mais intenso, possa cantar:

“Nesta linda avenida, num sorriso sem igual. Unidos do Candinho diz presente, para mostrar seu carnaval. Suas oficinas faz um arte, são pacientes funcionários, diretor estagiários vem cantar seu samba enredo, nesta festa anual vem elogiar campinas neste nosso carnaval. Eu posso ficar triste, eu posso até chorar...ai ai... mas vou ficar sorrindo vendo o Candinho passar...” (Trecho do Samba Enredo Unidos do Candinho 2009).

E como versam os versos de nosso samba enredo de 2009, queremos aqui mostrar nosso carnaval, para além da apoteótica festa popular, mas uma produção de zonas de trocas a partir das atividades desenvolvidas pelo Coletivo da Música construídas dia-a-dia em comunidade, em sua pluralidade de forças culturais econômicas, históricas, sociais, musicais e rítmicas.



Figura 11: Desfile de Carnaval 2010

Segundas Ressonâncias: a pesquisa-intervenção e a análise da implicação

Partimos da seguinte preposição: no campo das práticas em saúde sempre há processos em curso. Em nossa pesquisa intentamos acompanhar esses processos sob certa regência que nos sirva mais como estratégias de análises, de proposições para ações. Buscamos não só descrever os objetos que se perfazem em nossas práticas, mas acompanhar relações, trajetos e tantas e outras (de-)composições. Perguntamos-nos quais eram os problemas e desafios que nos incitavam a pesquisa, a frase “*Qual é o problema que*

trago com essa pesquisa?” Não arredou um só instante. Aos poucos as questões do dia-a-dia, da experiência cotidiana, ganhavam forma: Como se davam as atividades musicais nos distintos equipamentos de saúde da Rede? De que modo e se elas interferem na cotidianidade daqueles espaços? Quais os territórios possíveis de cuidado quando a arte invoca a clínica? Estas, entre outras indagações que nos colocamos ao longo da escrita, nos lançaram e certamente nos levaram além de nós mesmos.

Desta maneira propusemos falar da experiência vivida. Nossos esforços teóricos alinhados aos sentidos que emergem de nossas práticas cotidianas ganharam expressão, linhas de uma escrita que se sabe *implicada*, e sob certa ótica. Ao afirmarmos um modo de fazer pesquisa que se quer acompanhar processos é, pois a qualidade do movimento que se faz primeira e imprime seu rigor aos trajetos e paradas, “o primado do caminhar que, traça no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um hódos-metá” (35). Reversão que coloca o pensamento em verdadeira zona de experimentação na aposta em um método não somente aplicável, mas sobretudo, um método para ser experimentado e assumido como atitude. E nos advertem Passos, Kastrup (35):

Com isso não se abre mão do rigor, mas esse é ressignificado. O rigor do caminho, sua precisão, está mais próximo dos movimentos da vida... A precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção(35, p.10-11).

Em nossa artesanaria procuramos instrumentos, ferramentas metodológicas em diapásão com a perspectiva interventiva de uma pesquisa qualitativa (1, p.648-63), em que ao analisar as coletividades e instituições presentes no campo da saúde buscamos os gradientes de sentidos que aos poucos ganham consistência e nas práticas. Como nos afirmam Rocha and Aguiar (53) “O sentido é a virtualidade que pulsa nas ações, é processualização da vida e atravessa o significado, uma vez que está na ordem das intensidades”. E acrescentam:

O qualitativo refere-se, então, à possibilidade de recuperar as histórias destas vidas e dos movimentos que compõem essas institucionalidades, sentido este que atravessa os conflitos, presentes nas ações que podem se diferenciar (53).

Com a pesquisa intervenção em uma perspectiva cartografia, redefinimos o sentido atribuído ao procedimento de coleta de dados. Nas palavras de Passos e Kastrup essa redefinição nos leva ao termo ‘colheita de dados’ para afirmar a atitude de produção do mundo conhecido. “A pesquisa colhe dados porque não só descreve, mas sobretudo acompanha, processos de produção da realidade investigada.” (62 ,p.395) Ao realizarmos uma entrevista ou grupo de discussão, não estabelecemos uma relação de transmissão de informação, para estes autores estabelecemos uma relação de *acesso à experiência singular do entrevistado que se atualiza na situação da entrevista.*

Quando inicio o mestrado o projeto Coletivo da Música já realizava seu 4ª desfile de Carnaval. Era fevereiro de 2012 e durante esses quatro anos de experiência e construção que precedem a pesquisa algumas inquietações e desafios ao trabalho já se colocavam: como o Bloco de Carnaval Unidos do Candinho *percutia* para dentro dos equipamentos de saúde da rede? Uma vez que neste ano já éramos um grupo de 15 trabalhadores, e todos os CAPS e os sete Centros de Convivência participavam da articulação e realização dos trabalhos de Bateria de Carnaval, Eleição de Samba Enredo, trabalho musical para sua gravação, desfile do Bloco, reuniões itinerantes bimestrais, programa de rádio quinzenal e Baile das Marchinhas em conjunto com o Serviço Residencial Terapêutico.

Com cada uma destas atividades, movimentos de deslocamentos se produzem, seja para atividades no barracão da estação ferroviária - antiga estação de trem da FEPASA¹⁴ localizada no centro de Campinas, ao lado do terminal central de ônibus - ou no barracão do Grêmio Recreativo e Cultural Escola de Samba Unidos do Paranapanema - escola fundada em 2002 na cidade de Campinas que nos acolheu quando o prédio público da Fepasa fora cedido para outros eventos. Movimentos em que territórios se armavam e desarmavam em um jogo muito heterogêneo em que as linhas institucionais dos próprios territórios da saúde se (re)faziam. Ou ainda as saídas dos grupos para a gravação do programa na radio maluco beleza, ônibus, van, caminhadas. Movimentos que no mínimo

¹⁴ A **Ferrovias Paulista S.A. (Fepasa)** foi uma empresa ferroviária brasileira que pertencia ao Estado de São Paulo, embora sua malha se estendesse por Minas Gerais até Araguari, tendo também um ramal que terminava na cidade de Sengés, no Paraná. Foi extinta ao ser incorporada à Rede Ferroviária Federal no dia 29 de maio de 1998. Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Ferrovias_Paulista_S.A.

traspunham os portões e salas de atendimento dos serviços de saúde. Diante disto nos perguntávamos: quais os deslocamentos concretos que estávamos operando ao realizar nosso cuidado- clínico na rua, na cidade? Quais tantas e outras redes se tramam nesses territórios que não são exclusivos dos equipamentos de saúde e como por eles passam, atravessam, paralisam e disparam outros territórios?

Assim nossa investigação tomava alguns contornos, dos encontros com o coletivo de pesquisa Conexões - Políticas da Subjetividade, as disciplinas do programa de pós-graduação, das conversas e rodas de samba, fomos extraíndo marcos teórico, ideias, pensamentos, e instrumentos que nos colocavam no campo da pesquisa qualitativa. E neste movimento, a qualidade de pesquisa-intervenção saltava no próprio campo da pesquisa. Intervenção aqui, no sentido de construir um campo de problematização em que o sentido não é dado previamente, e sim produzido a partir do que se dá, do que acontece. Os dados da pesquisa são, portanto, acontecimentos que buscamos acompanhar. Uma noção de um dado acontecimento que instaura um campo de tensão entre representação e expressão, possibilitando novos modos de subjetivação. Mas nada está garantido. E neste movimento estamos imersos nestas zonas de experiências e seus “n” sentidos, em que interessa-nos localizá-los, mapeá-los, buscando onde signos e sentidos se constituem. Buscar o liame necessário, uma espécie de zona limite, entre o sentido e o não-sentido.

Nossos pontos de passagens na rede foram experiências musicais que ocorreram em distintos equipamentos de saúde, como já dito anteriormente, sob as formas de oficinas, programas de rádio, roda de música, baterias de carnaval, estúdios e ruas compuseram nossas experiências. Tomamos aqui o *plano da experiência* muito próximo ao conceito formulado pelos analistas institucionais¹⁵, que conferem ao campo das formas, das instituições, uma dinâmica, um movimento, que por eles fora denominado instituinte (35).

¹⁵ Nos referimos aqui as contribuições de René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari para a constituição dessa disciplina. Nas palavras Felix Guattari, apud Lourau (2004 LOURAU, René. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ Sônia (org.). René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004: 66-86.): A análise institucional implica um descentramento radical da enunciação científica. Mas, para consegui-lo, não basta dar a palavra aos sujeitos envolvidos – às vezes formal, inclusive jesuítica. Além disso, é necessário criar as condições de um exercício total, paroxístico mesmo, desta enunciação. A ciência nada tem a ver com medidas justas e compromissos de bom-tom. Romper, de fato, as barreiras do saber vigente, do poder dominante, não é fácil... É todo “um novo espírito científico” que precisa ser refeito.

Considerar os jogos de forças no campo da experiência e, destes recortes, puxar as linhas de forças instituintes na busca por outros modos de produzir cuidado, saúde, vida. Eis nosso desafio.

Assim delineamos pontos de passagens, pontos de partidas que nos lançaram a tantos outros pontos-nós. Nestes trajetos, à medida que acompanhamos uma trama, também tramávamos redes, constantemente atravessadas por outras tantas. Uma rede de relações em que no mesmo movimento que é percorrido também se traça. E assim constituiu-se um pesquisar-processual, que considerou a própria força empírica da rede e suas diversas tramas bem como uma postura teórico-prática cartográfica que “se faz através de pistas, estratégias e procedimentos concretos. A pista que nos ocupa é que a cartografia, enquanto método, sempre requer, para funcionar, procedimentos concretos encarnados em dispositivos.” (35).

Aposta na construção de *um método* em que o plano da experiência seja tomado como inseparável de análises implicadas e intervenções justificam-se pelo esforço em não tomar como separados teoria e prática, sujeito e objeto. Sobre a produção de conhecimento em pesquisa-intervenção Rocha and Aguiar (53) afirmam:

“O conhecimento e a ação sobre a realidade se fará na investigação das necessidades e interesses locais, na produção de formas organizativas e de uma atuação efetiva sobre essa realidade, podendo levar a transformações sociais e políticas, dando às populações excluídas uma presença ativa na História. (53, p.64).

Ao cartografar, queremos produzir um desenho que possa acompanhar os movimentos de composição e desmancho das diferentes paisagens presentes no território que nos propusemos a explorar. Para Rolnik (34), paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia neste caso acompanha e se faz ao mesmo tempo em que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – venha escoltado da criação de outros mundos que expressam afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes se tornam obsoletos. Com a cartografia procuramos explorar o território e acompanhar algumas linhas que emergiram de cada um dos campos em direção aos outros. Essas linhas são trajetórias, por vezes obras e experimentações que se colocam na fronteira

entre campos, realizadas por artistas, arteiros, autores, dos processos saúde-doença, de processos de trabalho, de movimento cuidado-clínico, de criação.

Johnny Alvares e Eduardo Passos (54) ao apontar algumas pistas do método cartográfico nos colocam que tal procedimento metodológico não procede por oposição de teoria e prática, pesquisa e intervenção, produção de conhecimento e produção de realidade. Estes binômios são espécies de decalques no mapa que vamos traçando e reconhecendo ao nos movimentar, são pontos sobressalentes que nos indicam incursões ou evasões no presente da pesquisa.

Reconhecemos aqui uma ruptura com a ideia de que a pesquisa seria tão somente um exercício de abstração sobre a realidade, uma desencarnação. E afirmamos com as indicações cartográficas que há na produção do conhecimento uma dimensão da cognição em ato. Desta perspectiva, acompanhamos um deslocamento importante quanto ao conhecer e produção de conhecimento:

Conhecer não é tão somente representar o objeto ou processar informações acerca de um mundo supostamente já constituído, mas pressupõe implicar-se com o mundo, comprometer-se com a sua produção. Nesse sentido, o conhecimento ou, mais especificamente, o trabalho da pesquisa se faz pelo engajamento daquele que conhece no mundo a ser conhecido. É preciso, então, considerar que o trabalho da cartografia não pode se fazer como sobrevoo conceitual sobre a realidade investigada” (54, p.131).

E aos poucos as paisagens presentes invocam linhas de subjetivação, históricas e implicação dos sujeitos na pesquisa. Algumas paisagens colocam-se com traços de futuro, de passado, do tempo vivido, da história que te trouxe até o momento de formulação da pesquisa, nos trazendo notícias dos *territórios* que atravessam, compõem uma postura ao problematizar. O início da pesquisa nos coloca a um só tempo imerso no presente a conectar as linhas do passado com as aberturas que apontam para aquilo que estamos deixando de ser.

Era uma das rodas informais que aconteciam no jardim do CAPS, pouco mais de seis pessoas, cantarolavam acompanhados pela timba que marcava o tempo da música escolhida pela moça que quase não se podia

ouvir a voz. 'Prepare o seu coração para as coisa que eu vou contar, eu venho lá do sertão e posso não te agradar..' Quando ouço o dedilhar de um cavaquinho, que vinha tocando e andando ainda da lateral da casa, antes de adentrar a roda, neste momento algumas falas entrecortavam o canto até que a música ganha mais corpo e voz. Cavaco e coro somaram-se, algumas estrofes depois, outro acorde, outras vozes – 'Malandro eu ando querendo falar com vc..' e os sons da timba, rachada no corpo de madeira e com remendos na pele leitosa, ainda ressoavam a marcação do samba canção cantado por todos, e eu batia na palma das mãos enquanto cantava e sentia em meu corpo a ressonância dos sons-corpos-da-roda. Nesse dia eu soube que receber aqueles sons-movimentos, fazia se necessário e para tanto outros cultivos e territórios se colocavam no horizonte. Dois meses depois comecei a fazer aula de percussão.
(Narrativa-entrevista de trabalhador)

Sim era preciso técnica – então comecei a estudar percussão - a aprendizagem exige disposição e assim pude acompanhar cantando e tocando a roda de música. A proposição de um grupo de música fora muito bem vinda já que tantos que frequentavam aquele equipamento cantavam e tocavam. Não demorou muito nesta trajetória de trabalhadora no campo da saúde para perceber que somos constantemente inacabados, e que o plano da experiência sempre nos coloca a necessidade de criar, de inventar práticas. Essa disposição aos sons que habitavam o dia-a-dia do CAPS muitas vezes nos arremessava do lugar formal de cuidadores, impelidos para outras percepções e sensibilidades. Prenúncios de um devir cartógrafo? Seria então pelas pistas da cartografia que invocáramos uma receptividade ao campo da experiência, uma postura de aprendizado que produz o conhecimento *com*.

Cartografar (...) requer habitar de modo receptivo territórios que se avizinham, deixando-nos impregnar. O cartógrafo, numa abertura engajada e afetiva ao território existencial, penetra esse campo numa perspectiva de composição e conjugação de forças. (54)

E ao fazer conhecimento *com* é estar implicado de um certo modo, plano de implicação que define um norte clínico-político ao trabalho de pesquisa intervenção. Não é

de hoje que esta conjugação entre pesquisa, intervenção, política e clínica se dão. Desde a década de 50 com a Análise Institucional Francesa, os campos da psicanálise aplicada, os movimentos políticos pós-guerra, as análises e teorias das grupalidades elencam o problema da implicação como conceito imprescindível ao trabalho de intervenção, e deste modo ao campo da saúde (35). Assim nas palavras de Paula Souza (51) “tal metodologia, denominada de análise de implicação, atenta não só para o fato de que as forças que mobilizam uma intervenção modificam o pesquisador, mas que estas modificações precisam ser analisadas.” (51, p.228).

Ao longo de nossa escrita o leitor já pode observar que trouxemos de nossa imersão no campo empírico recortes, relatos, histórias e casos. Alguns destes relatos apresentamos como epígrafes, citações, na tentativa já de dar voz nas paisagens históricas e conceituais que fomos traçando. Vocês ainda lerão algumas passagens e construção de paisagens que nossos acompanhamentos pintaram. Desta maneira, para compor e acompanhar as variações que os *causos* nos traziam, revisitamos prontuários, convidamos os participantes a contribuir com relatos, escrita de diários e até mesmo pequenos pensamentos que por vezes versavam rimas, letras de samba, letras da história vivida. Uma frutífera colheita.

Com o grupo de trabalhadores que participam do Coletivo da Música realizamos rodas de discussão, apresentamos o trabalho tanto em sua primeira versão, desde quando era apenas uma proposição na pós-graduação e depois, quando estruturamos o trabalho para o comitê de ética em pesquisa e Plataforma Brasil. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foram todos convidados a contribuir com a pesquisa e publicizar o vivido, suas construções e dificuldades, em uma aposta de colocar em análise suas práticas e em maior protagonismo.

É difícil a gente falar do que acontece aqui, estamos sempre tocando, parece que não precisamos muito de palavras, é assim, acontece, e já percebeu que nessas horas não tem ninguém ouvindo vozes, agitando, como acontece lá no CAPS (Narrativa-entrevista de trabalhador)

A pesquisa orientada pela cartografia colocou-se enquanto um convite a disparar experiências uma vez que compreendemos o campo empírico distinto do plano da

experiência. *Um fato empírico é virtualmente uma infinidade de experiências.* O plano empírico é uma multiplicidade, por exemplo, de formas, de instituições, medidas e, sobretudo é feito de relações. E o que gostaríamos de ressaltar com isso é esta dimensão da experiência enquanto o que nos acontece. Assim, falar da experiência é falar da qualidade do entre, do que se passa nos encontros, das relações. Assim tomamos as narrativas como *passagens* disparadas pelo movimento próprio da pesquisa. Pesquisa que se instala no plano empírico da rede de saúde mental e encontra nas narratividades notícias das experiências ali vividas. Experiência enquanto o que nos acontece, forma e transforma.

Terceira Ressonância: acessando ritornelos ou a construção de território

Tarde de uma quinta-feira, o grupo de experimentação musical contava com 19 integrantes. De distintos lugares a roda estava repleta de notícias: vai ter grupo na semana que vem ou vamos lá pra festa junina do Cândido? o grupo vai tocar na festa? e quando será a festa lá do CAPS, não tem mais gente lá fora? eu quero que tenha grupo, pois assim não ficamos lá na internação... Outros cantarolavam. Combinamos que o grupo aconteceria na festa como uma apresentação aberta, e assim, cantaríamos repertório e a roda também ficaria aberta para quem quisesse cantar. Quando perguntamos então que músicas poderíamos ensaiar, baixinho ouvimos uma voz: ‘O rio de piracicaba, vai jooogar água pra fora’. Uma pausa. Um silêncio. E lá estava ela, já participava do grupo há algum tempo, sua fala limitava-se a dizer o próprio nome repetidas vezes... e alguns segundos depois, fez se um coro de vozes caudaloso como rio -música, a roda foi inundada pela presença de Marisol e sua voz. Meses após meses nos dava apenas seu nome, naquele instante sua voz puxava a música e com ela outra Marisol se fazia.
(Narrativa-memória de trabalhador).

“*Meu nome e Marisol, meu nome e Marisol...*” Repetidas vezes falava somente seu nome. Repetir foi necessário. E a música ressoando com o território de um simples repertório, quase como um samba de uma nota só. Ali outras notas foram sendo agenciadas ao território monotônico – o meu nome é Marisol. Um nome, uma vida. Era tudo o que ela

tinha. Quando chegou ao grupo, Marisol não conseguia localizar-se tempo-espacialmente, era sempre conduzida pelo braço por algum trabalhador, seu corpo de proporções assimétricas cambaleava pela sala até conseguir sentar-se na roda. Trazia consigo sempre uma bolsa e bonecas penduradas. Sua presença na atividade musical é assídua desde a primeira vez, só não comparecia quando não havia transporte disponível, pois dependia deste para a locomoção. Aos poucos, caminhava mais erétil, sua localização na roda era sempre reservada pelos demais integrantes do grupo, mais próxima à porta pela baixa acuidade visual que era perceptível a todos. Sua apresentação também ganhava alguns adornos, grampos e tiaras no cabelo, e pequenos tons de maquiagem davam outros contornos e a expressão de Marisol.

Pois entendemos aqui que o cantarolar, como uma tentativa de se produzir um centro *estabilizador e calmante* (...) uma partitura, uma dança barroca, um gesto de cantarolar são meios diversos de se tentar construir uma organização corporal, algo que de sentido à experiência. (56, p.120-121).

Deleuze and Guattari (55) nos afirma que só há território na medida em que há expressividade do ritmo. “É a emergência de matérias de expressão (qualidades) que vai definir o território.”. A voz ao mesmo tempo em que nos remete a uma singularidade própria guarda sempre variações e tonalidades, *ligada a um tipo de ação*. E seguindo esta pista do pensamento dos autores afirmamos: ela (no nosso exemplo a voz) se torna expressiva à medida que adquire uma “... constância temporal e um alcance espacial que fazem dela uma marca territorial ou, melhor dizendo, territorializante: uma assinatura. .” (55). Um canto de Marisol.

Outra passagem que extraímos deste dia narrado trata-se da qualidade do acolhimento que se anunciou enquanto algo se passou entre o cantarolar de Marisol e os corpos que compunham a roda. O grupo quando ao escutar, mesmo que timidamente, o cantarolar de Marisol mais que prontamente acompanharam suas notas. A compreensão de que acolher se expressa pela ação de se aproximar, um estar com em atitude encarnada. A postura do grupo revelou-se como uma vitalidade, que reconhecia nos gesto de Marisol sua presença e que ao se fazer presente também atualizava o grupo, compunha-o.

Reconhecemos no campo da saúde o desafio de acionar nossa capacidade de cuidar ou estar atento a acolher o que se passa no encontro. A roda de música se coloca como esse campo de cultivo à expressão. E o corpo-pesquisador também compunha a roda, e a ressonância dada pela expressão do cantarolar acionou um estado de memória, uma passagem de vida:

“A criança sentada à frente das caixas acústicas da antiga vitrola gradiente de sua casa, encantada com o pulsar dos imensos alto-falantes e com a vibração que no pequeno corpo sentia toda vez que o vinil com sua voz sertaneja e cordas de aço projetava um som para além daquela sala... O corpo que escuta ao longe o ruído da motocicleta que sinaliza a chegada de sua mãe... Os berros naturais da primeira infância do irmão recém-nascido que invadem as manhãs e suas sequenciais gargalhadas em meio aos estudos...” (Narrativa-memória de trabalhador-pesquisador)

Sim, ressonâncias e ritornelos. Sons e seus ritmos estão intimamente ligados à produção de modos de vida. RODRIGUES (56) ao trabalhar o tema da subjetividade e ritmos nos afirma que: “as formas musicais mais simples são aquelas emitidas em função ainda de outras coisas que não a própria música como linguagem artística.” (56, p.119). Simplicidade que nos remete ao gesto, um pequeno gesto ou ainda um pedacinho de música que “... nos de notícia da forma (ou o modo) como se busca organizar um mínimo espaço existencial seguro, uma pele, um mínimo de território protegido.” (56). Deleuze and Guattari (55) já nos afirmavam: maquinar a voz é a primeira operação musical. E não há quem possa discordar que cada voz é uma operação única. Empreender um duplo movimento: ao cantar, tocar, ressoar saltamos do caos e decantamos em uma provisória forma.

Uma criança no escuro, tomada de medo, tranquiliza-se cantarolando. Ela anda, ela pára, ao sabor de sua canção. Perdida, ela se abriga como pode, ou se orienta bem ou mal com sua cançãozinha. Esta é como o esboço de um centro estável e calmo, estabilizador e calmante, no seio do caos. Pode acontecer que a criança salte ao mesmo tempo que canta, ela acelera ou

diminui seu passo; mas a própria canção já é um salto: a canção salta do caos a um começo de ordem no caos, ela arrisca também deslocar-se a cada instante. (55, p.116).

Ao acompanharmos nos encontros clínicos as musicalidades que cada corpo comporta e ressoa somos conduzidos por traços históricos, sociais, culturais, afetivos que se aproximam da superfície e expressam outras formas de vidas e suas variações.

Queremos aqui reiterar as funções-arte como aquela que efetiva a própria produção de si, produção do pensamento, ou ainda na produção de outras linhas possíveis que traçam, tramam outros tantos territórios, sejam eles teóricos, práticos e existenciais. Nas palavras de Sueli Rolnik (57):

Ao que parece é primeiro em microuniversos culturais e artísticos que relações de força inéditas ganham corpo e, junto com um corpo, sentido e valor. Estes microuniversos constituem cartografias - musicais, visuais, cinematográficas, teatrais, arquitetônicas, literárias, filosóficas, etc. - do ambiente sensível instaurado pelo novo diagrama. (57, p.3).

Assim, outra postura clínica se esboça: buscar o compasso que se desdobra, percuti e sonoriza a vida, redobra, cria morada, cadencia a voz, acelera, injeta velocidades nos corpos, pessoas, vidas. Localizar, mesmo que provisoriamente paradas, pausas de tempo, ou outras temporalidades presentes. Uma clínica que se quer nas investigações e mergulhos entre silêncios e ruídos, em novos movimentos rítmicos, em suas constantes variação e provisórias formas.

Quarta Ressonância – o *causo* Adoniram

Traçamos aqui outro *causo* em nossa cartografia, que de um mapa a outro não buscamos origens, nem causa únicas diante do vivido, trata-se mais de avaliações de deslocamentos. Compreendendo que ao traçarmos um mapa lidamos com redistribuição de impasses e aberturas, de limiares e clausuras.

Foi logo nas primeiras semanas do ano de aprimoramento que fui convidada a participar do Intercaps – campeonato de futebol entre times dos equipamentos da rede de Saúde Mental CAPS III, CAPS AD, Núcleo de Retaguarda (enfermaria psiquiátrica do Serviço de Saúde Cândido Ferreira) e Núcleo de Oficinas de Trabalhos da cidade de Campinas. Lagoa do Taquaral, dia quente e festivo. Quando o futebol começou, o movimento no campo e suas margens sinalizavam que para além da pelota rolando. O festejo era motivado pelo encontro de diferentes pessoas e distintos lugares: alguns se reconheciam de longa data, outros se aproximavam timidamente, e se apresentavam, iam se soltando nos bate papos, e assim conviviam. No meio da manhã, uma pequena roda na beira do campo se fez. Alguns instrumentos, batidas marcadas nas palmas das mãos e um canto. Canto conjunto, por vezes descompassado, porém cadenciado, alguns rostos se cumprimentavam e se conheciam ao cantar junto à mesma música.

Foi ali entre estes rostos que se cantavam-apresentavam que me apresentei e fui apresentada a roda de samba, a roda de música, à rede de saúde mental. A roda tinha um movimento próprio, não tinha tempo para começar ou terminar, as músicas eram quase todas cantadas até o fim, e entre uma partida ou outra a roda se renovava, os corpos se revezavam entre campos, instrumentos, palmas das mãos e canto. Assim, conheci Adoniram: conhecia assim sua voz e sorriso reluzente. Se *achegou* pedindo músicas, tocava instrumentos, ia e vinha muito tranquilamente, como se ali estivesse no seu lugar, o futebol e a música. A roda e o canto. Meses depois o encontro no ponto de ônibus, ele logo me reconhece e dispara: “Aí! tá rolando samba lá no CAPS, vocês podiam ir tocar na feijoada do CAPS, a gente também pode marcar um fute e pronto, tudo certo”. Mal respondi e ela já havia partido.

Outubro de 2008, tarde de um dia de verão, a pequena bateria composta por trabalhadores e usuários ensaiavam no quiosque abandonado que protegia-nos do sol. Seu sorriso adentrou a roda, Adoniram pegou um ou outro instrumento, e logo sai caminhando, dizendo que estava internado e que teria que retornar para a enfermaria do Núcleo de Retaguarda. Eu convido-o a ficar e digo que depois poderíamos acompanhá-lo até o setor, ele sorri e diz: “Tô de boa, um dia fico e a gente faz o samba.” Dois anos se passaram e poucas vezes nos encontramos. Lembrança da festa de fim de ano, carnaval, feijoada de

aniversário do CAPS, sarau e... Foi na internação, festa pré-carnaval, um ensaio de marchinhas e esquentar da bateria, Adoniram se aproximou e falou: da vida, das rodas de samba no bairro, no grupo que cantava e sobre sua filha. Sua lembrança do grupo de pagode que vivenciou na adolescência era seu principal tema e por onde a comunicação construía meios possíveis para o seguimento do tratamento. À medida que compartilhava suas experiências traçava suas zonas de interesses e trocas. Muitas memórias e vida compartilhada.

Começa a frequentar o grupo de música que coordeno, realizado no Centro de Convivência Espaço das Vilas como projeto terapêutico durante o período de internação, em conjunto com outros usuários que mesmo durante a internação são avaliados e acompanhados em atividade artísticas-culturais semanalmente. Assim, durante quatro meses frequentou assiduamente o grupo, participando ativamente e na medida em que o momento de crise se abrandava sua expressão e desenvoltura com os instrumentos musicais melhoravam gradativamente.

Aos poucos seu vínculo com a terapeuta que o acompanhava na internação constituía-se e permitia mais diálogo e construção de uma proposta de tratamento. Às vésperas para a alta, Adoniram considerava em seus planos a permanência nas atividades musicais. Sabíamos que exigiria esforço e certa organização, pois seus deslocamentos físicos e subjetivos estavam ali em jogo. Sua casa, serviço de tratamento, amigos e território localizavam-se do outro lado da cidade.

Uma semana após a alta, alguém do CAPS - equipamento de referência do caso- liga para o Centro de Convivência e nos comunica que Adoniram pediu para avisar que naquela semana não conseguiria ir ao grupo, que vai resolver problemas com documentos e após retirar o cartão do ônibus (na Transurc¹⁶), apareceria. Ficamos, eu e os outros coordenadores, surpresos e inquietos com notícia. Foi uma ótima surpresa seu contato e cuidado em nos avisar, ao mesmo tempo as dificuldades com documentos, cartão, não poderiam ser resolvidas com o auxílio do CAPS?

¹⁶ Transurc corresponde a Associação das Empresas de Transporte Coletivo Urbano de Campinas.

“Esse caso é bem ruidoso na rede” – esta era uma frase constante que ouvíamos quando citávamos o nome de Adoniram nos tantos lugares da rede. Fora assim que os ruídos nos trouxeram notícias, um tanto desafinadas, e ao mesmo tempo despertavam certo estranhamento. Certamente uma poluição de informações colocava-se anterior a qualquer escuta do caso. E assim nos precipitamos nos ruídos e dali extrairmos alguma forma, alguma sonoridade possível em acordes de uma rede.

Algumas semanas depois Adoniram chegou ao grupo, vestido para dar show na roda, puro asseio, cabelo feito, roupa escolhida a dedo e sorriso estampado. O grupo, que já se reunia há muito tempo com os mesmo integrantes, o recebem e acolhem sua chegada e proposições de músicas novas e ritmos. Aos poucos, estava *inteiro* no projeto e apropriado das canções, repertório. Foi num fim de tarde que ele pediu para conversar e conta: *“Às vezes vou ao CAPS, às vezes pedem para eu sair pois os maluco ficam arrumando confusão e eu não vou deixar quieto né? Consta que não quer os remédios e que não precisa deles, uma vez que esta muito bem. Perguntamos no que poderíamos ajudar, e ele pede para conversarmos com “...os terapeutas de lá, com o CAPS, com a família.”*

Foi assim, que na semana seguinte combinamos de ligar, e ele reivindicava tudo: *“Não quero o remédio, não quero voltar para o abrigo”* (até o momento não sabíamos que estava abrigado e toda sua constelação familiar estava em processo de mudança e rearranjos que, mais tarde saberíamos que definitivamente ele não voltaria para a casa de sua mãe), *“... falem com minha família, pois eu não consigo ficar assim, sem lugar... e não vou ficar no leito do outro CAPS.”* Nos inquietávamos pois nos deparávamos com demandas que atravessavam distintos campos, e nos colocavam diante da delicada arte de construir, a base de muita conversa, possíveis saídas para suas tramas de vida.

Como nos afirma de Paula Souza (51) sabemos que são os usuários que traçam nos seus encontros e desencontros com a rede seus serviços de saúde, são os usuários que constroem as possíveis entradas e acesso à rede de serviços. O que se coloca então é:

“Escutar esse saber assessor que vai sendo produzido de forma irreprimível pelos usuários, e utilizá-lo para o permanente e necessário aperfeiçoamento das redes de cuidado de saúde. Criar abertura para que os modos existenciais dos usuários

possam comparecer como matéria para o exercício da clínica e da gestão requer outra concepção de rede.” (51, p.247).

É neste sentido que pensar a construção de redes territoriais de saúde implica não só na localização de pontos-nós que acolham em uma construção conjunta e responsável o caso, mas também a construção de pontos-serviços que se apresentem no território como pontos-entrada e com isso o ato clínico *inclina-se* a buscar no usuário e em suas reais necessidades as referências ao cuidado. Assim do território, criam-se diversas articulações com diferentes equipes, diferentes equipamentos, corresponsabilizando-as com aquilo que se apresenta como necessidade ao cuidado. Nas palavras de de Paula Souza (51) requer então:

Uma articulação que parte destes territórios possibilita o envolvimento de diferentes atores da rede com os vetores que interferem no processo saúde-doença que, normalmente, ficam fora das produções especializadas e dos sets clínicos que se fecham nos limites dos estabelecimentos de saúde. (51, p.248).

Deparamos-nos com uma complexa demanda, e pensávamos: o grupo de música seria então o lugar que acolhia Adoniram e disparava esses diálogos na construção do cuidado? Mas com quem mesmo tínhamos que falar? Adoniram nos dava as pistas necessárias: “... *família, CAPS, albergue, médico, outro CAPS.*” Seguindo suas pistas, fomos aos poucos entrando em contato com cada ponto-passagem e conversávamos. Deparamos-nos com questionamentos, que redimensionavam nosso trabalho e suas margens: “*Vocês são equipe de referência? Por que estão preocupados se ele vai aí só pro grupo de música? Olha vocês não sabem como ele é de verdade! Tá... podemos ajudar, mas não dá mais para ficar lá na casa...*”. Dúvidas e receios, como construir e trocar nas conversas protocolares e respostas diagnósticas uma saída que não fosse uma resposta total e sim um movimento possível nesta rede por ele mesma traçada. Adoniram insistia e tencionava: “*E aí, falou lá? Dá uma força, lá não dá pra pagar de louco e aí os caras não acreditam em mim...*”. Sua recusa em apresentar-se sob o discurso esperado pelo campo da saúde mental nos apontava um não-lugar para endereçar suas questões, suas expressões.

Um não-lugar que nos traz notícias da instabilidade dos arranjos formais produzidos pelas normas e nossas práticas de saúde. Não seria mesmo essa instabilidade

dos arranjos que nos permitiriam outras tramas, outros agenciamentos? Nos perguntávamos: o grupo de experimentação seria o lugar-passagem para o endereçamento e construção de um território de cuidado? Sobre o sentido de referência pré-moldado pensamos: por que trouxe para este espaço um pedido de ajuda? Teria este espaço e não eu me tornado uma referência para Adoniram? As músicas, ritmos e letras tinham efetivado uma nova composição para Adoniram e se constituído um território-referência? Entretanto, como que nas margens da rede se afirmar como um interlocutor legítimo a definir o projeto terapêutico deste usuário? Como afirmar a clínica da arte na interface com outras modalidades da clínica? Poderiam os cantos entoados por Adoniram ressoar e contagiar essa rede?

Em um mesmo movimento que construíamos na experiência clínica sentidos e noções em relação a estes arranjos que nos sirvam de referência no território, percebíamos uma inversão da lógica da referência. Sabemos que ao nomearmos um profissional de referência não é o mesmo que responsável, e sim, como nos diz Oliveira (2007), o profissional de referência é aquele que articula e vigia o processo, quer notícias do andamento do que se propõe nos projetos terapêuticos, o que aciona a equipe, a família, articula o cuidado. Dito isto, é essa categoria de agenciamento que gostaríamos de pontuar, pois ao propormos um projeto terapêutico, traçamos tal qual um caleidoscópio de possibilidades para a intervenção, e isso é um dos movimentos do cuidado. Por vezes nos pegamos presos à execução e restringimos o as linhas de cuidados tão bem indicadas como pura organização da vida dos usuários. Organização que se enrijece quase numa função protocolar, e muitas vezes impedimos o movimento que poderia nos trazer outras formas e arranjos neste caleidoscópio.

Aos poucos vimos toda uma constelação se armar. Uma rede em movimento: certo dia Adoniram chegou ao grupo muito acelerado, falava desenfreadamente... Pede leito-noite, fala que não aguenta mais a rua, que estava com muito frio e a cabeça já não sabia o que era real, se sentia perseguido. Perguntamos se fora ao CAPS, se estava tomando seus remédios e aos poucos tateamos o que ele já havia feito e o que poderia ainda ser acionado. Ligamos para o CAPS, juntos, eu, Adoniram e outro coordenador, trocamos com a enfermeira que estava de plantão nossas percepções e ideias. Ela propõe, mesmo já no

entardecer do dia, uma conversa-acolhimento e quem sabe, se necessário fosse, o leito pontualmente. Ele, Adoniram, nos traz a rede e o instrumento para acioná-la: a conversa, o compartilhar. Questões como estas, no dia a dia sempre se colocam: como traçar e sustentar uma rede de cuidados? Ou um como agenciar, em meio a tantos atravessamentos, um cuidado mais efetivo e menos prescritivo? Uma rede afetiva se faz para ativar uma estrutura que se pré-figura na rede de cuidados dos equipamentos?

Transversais se abriam pelo diálogo, uma comunicação, segundo Pierre Levy em entrevista a Interface em 1999:

Não é de modo algum transmitir uma mensagem ou receber uma mensagem. Isso é a condição física da comunicação, mas não é a comunicação. É certo que para comunicar, é preciso enviar mensagens, mas enviar mensagens não é comunicar. Comunicar é partilhar o sentido. (Levy, 1999, p.147).

A enfermeira de plantão se colocava aberta às nossas proposições como que diante de referências trazidas pela multiplicidade do caso. Multirreferências à equipe, um inversão na lógica da referência, que permitiu em nossas pontuações de como fora a atividade, sua participação no grupo de música, suas questões com o albergue e o uso da medicação, traçar uma linha condutora, conectiva que poderia nos apontar uma intervenção diante do sofrimento de Adoniram, e somente a partir da intervenção poderíamos recolher sentidos do tratamento. Adoniram ouvia e propunha como chegar ao equipamento, negociava o leito e a prescrição da medicação, estabelecendo a sua maneira o vínculo necessário na construção do cuidado.

Adoniram nos propõe constantemente esta transposição da lógica da transferência e referência, que muitas vezes se localiza em um sujeito, um lugar, única entrada na rede e nos convida para outra relação com princípios e ferramentas teóricas, tão presentes em nosso processo de trabalho. Ele nos dá a dimensão exata do quanto elas servem para sustentar um trabalho, dar passagem a outros modos e não podem ser tomadas como barreiras que interrompem o movimento próprio de uma vida.

Adoniram segue com suas andanças e trajetos, nos traz sempre notícias *de como andas*, suas passagens pelos serviços ganham outros contornos, ele sempre nos diz "Não dá

não para levar isso da saúde a ferro e fogo, tem uma vida muito grande pra gente viver”. Eu aproveito e pergunto se ele sabe o porquê de ele voltar, ele me sorri e diz cantarolando: “*Não posso deixar a rapaziada aí na mão não, que isso, sabe como é...*” E então canta:

*O samba é meu dom
Aprendi bater samba ao compasso do meu coração
De quadra, de enredo, de roda, na palma da mão
De breque, de partido alto e o samba-canção
O samba é meu dom
(Wilson da Neves e Paulo César Pinheiro, 1970)*

Escrita-Instalação: Como cultivar o que se possa colher, compondo um instrumento.

“A pesquisa não investe em domínio, em controle da experiência pesquisada, mas em cultivo desta experiência. Como desdobramento, o pesquisador aprende, e o curso deste aprendizado, faz pesquisa” (Flavio Alves 2011)

Fora assim: Inspirados e provocados pelo plano da experiência do trabalho em Saúde, pela vivência destes processos no corpo do trabalhador-pesquisador, imerso nas ações e técnicas do campo da saúde, que problematizamos nossas práticas e realizamos esta pesquisa. Em nosso cotidiano deparamos-nos constantemente com necessidades e traços do real que tencionam o próprio fazer-clínica. São muitos os desassossegos na experiência clínica, inquietações no trabalho em saúde mental. É certo que tais desassossegos sempre podem nos levar além, são encontros e desencontros próprios à vida.

E aqui uma proposição que construímos ao longo deste pesquisar: fazer da escrita uma artesanaria, um processo que se faz como uma *instalação*, muito próximo ao termo das artes visuais, que desde a década de 1960, nomeado primeiramente como *assamblage* ou ambiente construído em espaços de galerias e museus. Ressaltamos aqui essa característica de indefinição entre os contornos específicos de uma instalação, de uma obra. E assim, nos instalamos no campo, da Saúde, do trabalho vivo cotidiano, dos diversos equipamentos que percorremos. Pensamos a pesquisa, nosso processo de escrita como

instalação decorre: como nas artes plásticas que ao produzir uma obra intervém no espaço, no território e implica o próprio artista. É própria da instalação uma indiscernibilidade entre obra e lugar, entre a obra e o território onde se instala.

Existe um movimento próprio à instalação que é dado pela relação entre objetos, construções, os diversos pontos de vistas produzidos pela abertura da obra. Para que se possa dizer algo da obra-instalação, inferir, apreender o que se faz, o que se produz, é preciso percorrê-la, passar entre suas dobras e aberturas, ou ainda, simplesmente caminhar pelas veredas e trilhas que ela constrói por meio da disposição das peças, cores, e objetos.

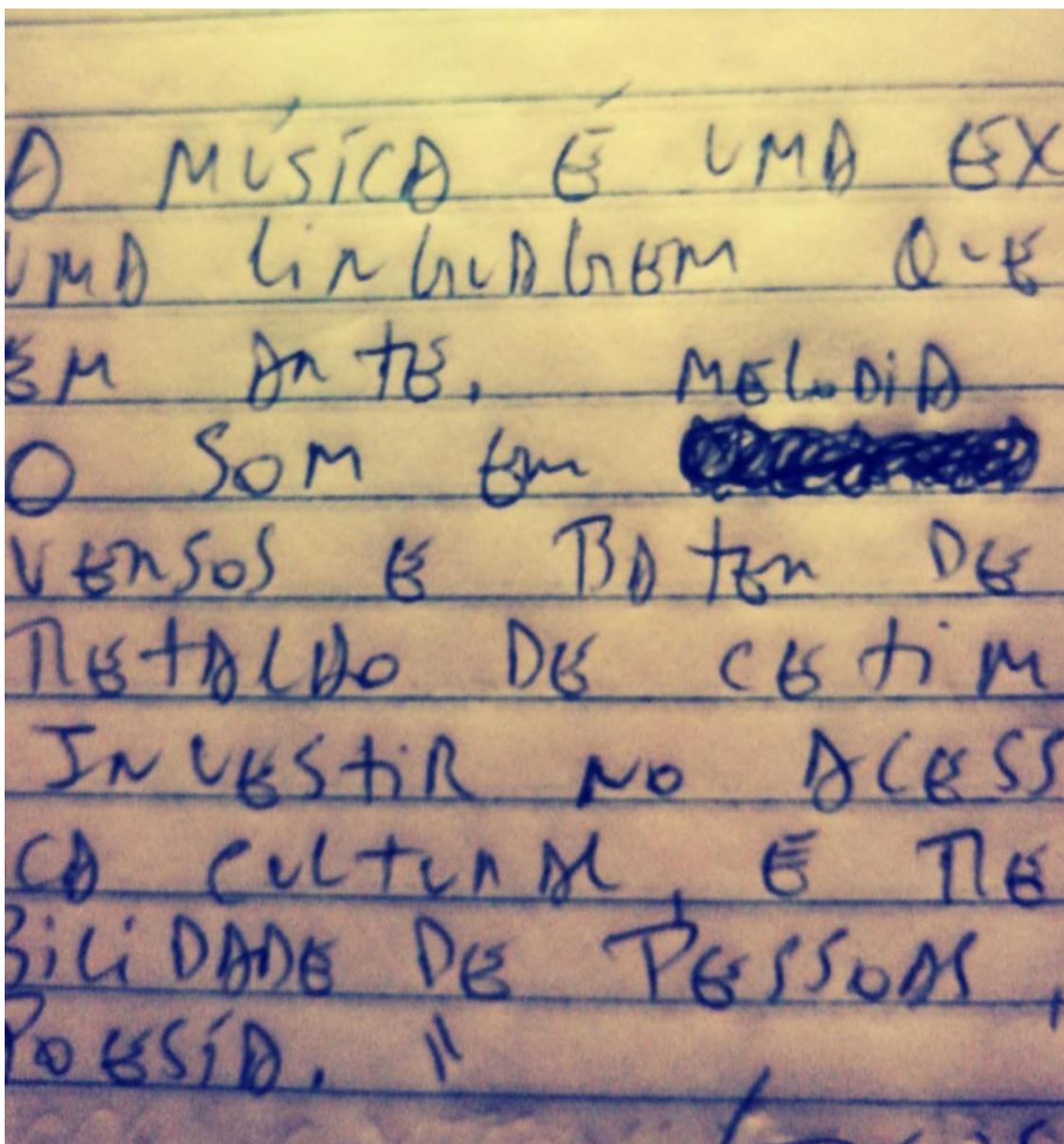
Como nos afirmam PASSOS, BENEVIDES (59), as instalações são formas de intervenções que entre obra e vida, arte e socius, não há como garantir uma distância ou até mesmo uma separação. Estes autores nos sinalizam que a este processo-obra: a instalação guarda características de hibridização, ao que se distingue não se separa, e conseqüentemente, existe neste modo uma habitação de limites de diferentes domínios.

E ao habitar esses diferentes domínios, ao falar produção dos híbridos Kastrup (33) retoma o conceito proposto por Bruno Latour:

Os elementos que o híbrido põem em conexão são heterogêneos – matérias, sociais, tecnológicos, linguísticos. A conexão entre os heterogêneos não é centralizada, hierárquica ou garantida por qualquer determinismo, mas é capaz, por si só, de engendrar formas inéditas e inesperadas, que rompem com formas anteriores...Um híbrido pode ser cartografado, em seu movimento criador e inventivo” (33, p.57).

Com isso queremos destacar o caráter metodológico deste processo de hibridização das instalações que iremos aqui explorar: “acreditamos que nossos dispositivos de intervenção são modos de nos *instalarmos* no mundo” (pg341). Nosso *methodos* é justamente nos instalarmos em uma zona de intercessão.

E neste ponto narramos aqui a experiência da construção de umas das ferramentas de expressão para o grupo de música e que também se tornou um dos instrumentos de nossa pesquisa. A experiência de construção do *Caderno das Ideias Experimentais* possibilitou registrar uma narrativa coletiva do grupo e com ela identificarmos temas, ideias e reflexões acerca de nossa prática.



A MÚSICA É UMA EX
UMA LINGUAGEM QUE
EM ANTES, MELODIA
O SOM TEM ~~ALGUMAS~~
VERSOS E BATER DE
TRABALHO DE CERTIM
INVESTIR NO ACESS
A CULTURA, E TR
BILIDADE DE PESSOAS,
POSSÍD, //

Figura 12: foto de uma página do caderno

Caderno das Ideias Experimentais: instalação-caderno

No grupo de experimentação musical pouco se discute e muito se comunica. Muito se canta, se toca, dos ruídos às melodias harmoniosas é um caminho, um processo. Experimentamos semanalmente a roda com seus instrumentos, microfones amplificados, violão e cavo plugados, o contrabaixo sempre avolumado. Coordenamos, eu e mais três trabalhadores um grupo que acolhe cerca de 25 pessoas semanalmente. Vindos da comunidade, usuários dos CAPS do território (CAPS III e AD), abrigo e casa de passagem. Nosso local é o Centro de Convivência Espaço das Vilas, que acolhe o grupo há cinco anos:

”O grupo de música mudou tantas vezes: de Esperança do Samba, virou Esperança da Música, que virou Retalhos de Cetim. Do Caps, foi para o Centro de Convivência Espaço das Vilas. Já não era mais uma “atividade terapêutica” do Caps. O que passou a ser então? Talvez até hoje estamos tentando descobrir. Nos conhecer melhor. Qual é o nosso objetivo maior? Não há uma fórmula para esse trabalho, não há cartilha nos dizendo o que fazer... Experimentar não é fácil.” (narrativa-memória trabalhador)

Assim, em uma tarde de roda perguntamos se poderíamos conversar um pouco nos últimos minutinhos do café e suco para apresentar a proposta da pesquisa e o convite de participação. Explico que se faz importante *“já que vamos falar um pouco como trabalhamos aqui tanto melhor ser pelas palavras de cada um” (narrativa de um trabalhador do grupo)*. O grupo escuta, tiram dúvidas e logo, um dos presentes, dispara: *“ah então a gente pode falar o que quiser... mas a gente aqui não vem pra ficar falando...isso é lá com os psicólogos, a gente aqui quer cantar” (narrativa de um usuário do grupo)*. Neste momento, um alvoroço, pois todos quase unanimemente afirmam que *‘a gente não pode perder tempo conversando, já é tão rápido nosso encontro...’* E assim, a proposta foi lançada, algumas semanas mais tarde a conversa continuaria.

Fiquei cá com meus botões: *‘como construir um instrumento que pudesse transformar em palavras nossas experimentações musicais.’* Levei comigo essa inquietação sobre as ferramentas no campo, e outra pista me chegou: *por que não fazemos um diário*

coletivo para escreverem após cada encontro ? Então, segui pensando em como propor ao grupo de música a escrita, um novo e bom desafio.

Era início de uma roda, quando um participante chegou e disse: *“Tem como eu dar umas sugestões, de músicas, tive umas ideias e sabe quando a gente esta cantando vem a ideia e depois passa”* (narrativa de um usuário do grupo de música). Aproveitei o movimento e propus: *“Olha, se a gente tivesse um caderno, que fica na sala com a gente, com uma caneta, pois assim a gente escreve quando quiser o que vier na mente, durante o grupo. Ai agente fala do grupo, no grupo e durante música”*. Ele me olhou e disparou: *“nossa assim a gente não precisa parar o grupo e faz durante, me parece inspirador”*. Assim, propomos ao grupo o caderno, o que foi muito bem acolhido e logo nomearam: *Caderno das Ideias Experimentais*. Na semana seguinte, um caderno já estava na sala, um dos usuários trouxe de sua própria casa: *“Encontrei em casa, já arranquei as folhas e sobraram muitas páginas pra gente”* (narrativa de um usuário do grupo). O caderno se instalou ali, e aos poucos circulavam: caderno, ideias, afetos. Alguns escreviam, outros perguntavam, outros queriam ler, outros rabiscavam, e aconteceu até quem pediu a outro participante para escrever por ele. Segue alguns trechos extraídos do *Caderno das Ideias Experimentais* de diferentes participantes:

“O instrumento cavaquinho é o meu trabalho o meu remédio. Não tenho nada a falar do grupo”.

“Então fala lá pro prefeito que isso de querer fechar os CAPS não pode, já temos lei e isso que a gente vive não vão calar!”

“O grupo pra mim é a vitória só é grande “com” para o verdadeiro campeão”

“Cantar desperta a Alma”

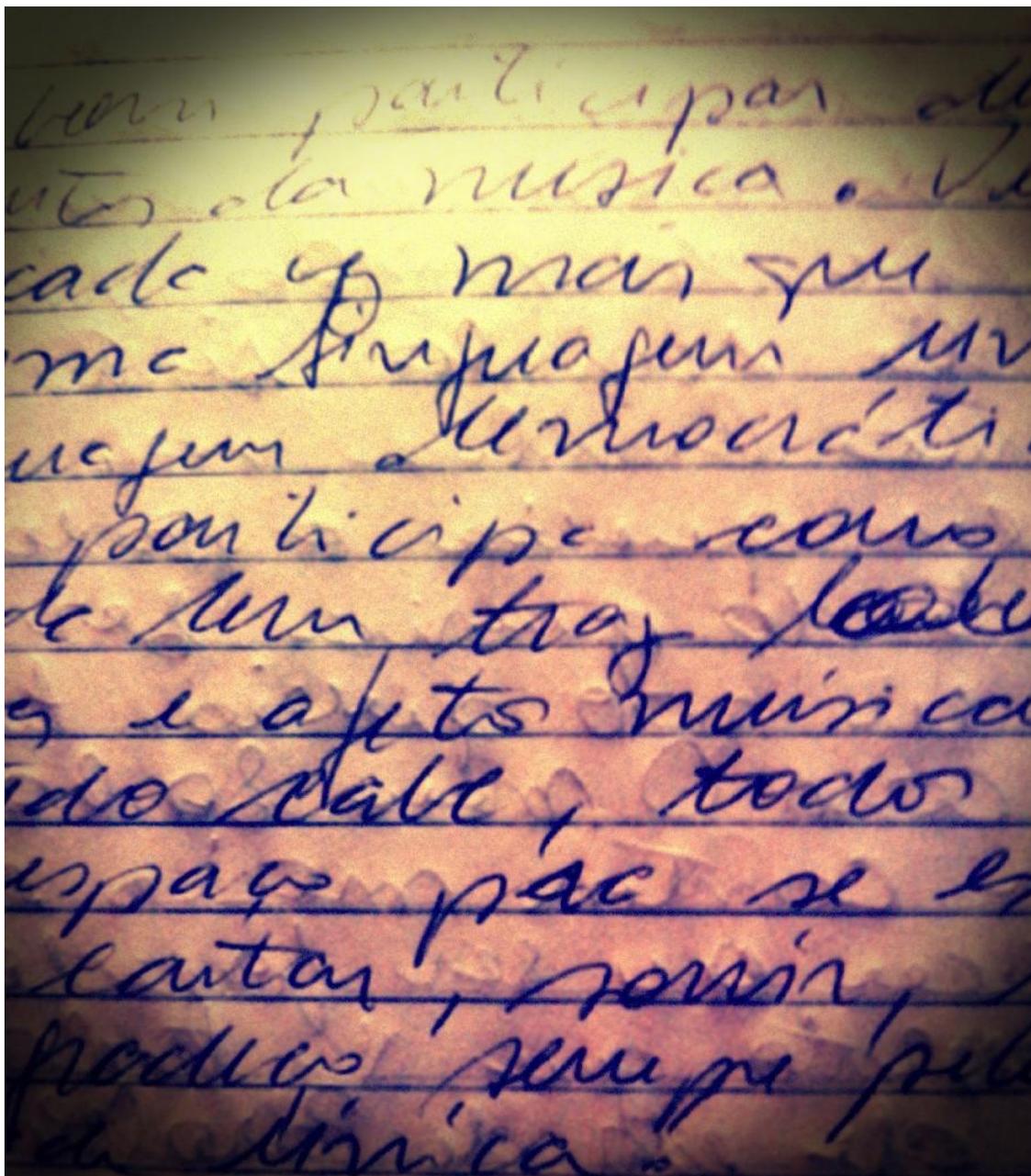
“Música é a maneira que eu me lembro de quem eu fui e quem eu sou, tenho minhas memórias quando canto, a música foi o que a loucura não roubou de mim”.

“Sozinho em silêncio sem a voz, aquele sentimento que crescia entre nós, quando me entrelacei não me abandonei”.

“A música é uma experiência da alma. Uma linguagem que transforma o silencio em arte. o som em melodia, as palavras em versos e batem de palmas, como num retalho de cetim. Investir no acesso a produção e prática cultura, e redezemham a sensibilidade de pessoas, e fazem dela uma poesia.”

“Eu acho que se pudessemos fazer um espaço comercial para tocar para o público de fora no espaço das vilas e houvesse alguma forma de cobrar seria bom, tipo bailes, apresentação etc”.

“Impressionante a capacidade da música em mexer com todos os integrantes do grupo, inclusive quem passa, não é oficialmente. A música é uma expressão pura e uma energial delirante, sensacional”



A construção deste caderno, e outras narrativas coletivas, foram nossas fontes de colheita dos dados na investigação do que acontece em nosso trabalho-intervenção na rede de saúde mental. E se não pretendemos com nossa escrita-instalação sobrevôos intelectuais sobre a realidade pesquisada, nossa encarnação do dia a dia do trabalho em saúde necessariamente nos impele construir estes problemas, estas perguntas e possíveis saídas que descreveremos a seguir. O trabalho/pesquisa deu-se por um compartilhamento de territórios. Territórios existenciais em que sujeitos e objetos da pesquisa se relacionam e se codeterminam.

Ao habitarmos esses limites, essas margens de domínios, ali no entre clínica e arte, cuidado e expressões artísticas, saúde e política, instalamo-nos nesta zona de indeterminação, para extrair de cada domínio aquilo que lhe é próprio e o que ainda esta *por ser* inventado, seus pontos de *com-posição, co-emergência* de outros domínios.

Assim, nossa escrita-instalação coloca-se por vezes com mãos imprecisas em matérias brutas, por vezes com mãos delicadas para dar expressão às fragilidades próprias à vida. Como um artesão tateando a matéria a ser trabalhada, localizamos seus contornos, outros limites e paradoxos, o que já fora dito, o que ainda esta por vir, e mais do que dominar uma técnica, queremos explorar suas margens, margear.

Passos, Kastrup (35) ao trabalharem com a produção de narrativas, nos apontam importante pista metodológica. Para eles, produzir narrativas passa pela produção *política da narratividade*. Trabalhar com narrativas se atualiza tanto no campo da pesquisa quanto ao campo clínico. Seguindo esses autores podemos afirmar que são sempre de narrativas que tratamos. Ao escrever narramos, ao falar narramos:

“Os dados coletados a partir de diferentes técnicas (entrevistas, questionários, grupos focais, observação participante) indicam maneiras de narrar – seja dos participantes ou sujeitos da pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo – que apresentam os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa. O que os pacientes dizem na situação de análise, o que os terapeutas levam para suas supervisões, o que os supervisores contam do que ouviram, tudo isso implica tomada de posição numa certa *política da narratividade*.” (35, p.151).

Assim, a escrita enquanto expressão deste *ethos* (da pesquisa, da clínica) e coloca-se como esta construção de uma postura narrativa que está diretamente relacionadas às “políticas em jogo, sejam elas da saúde, de pesquisa, políticas da subjetividade, políticas cognitivas. Toda produção de conhecimento, precisamos dizer de saída, se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente (35, p.151).

Para tanto, os autores alertam que a própria definição de política se desdobra para além das práticas de Estado, e ao retomarem a etimologia da palavra invocam a força de sentido *politikós*: refere-se à cidade-polis, compreendida como a forma de atividade humana que atrelada ao poder, coloca em relação sujeitos, regras e normas para além do campo jurídico. Assim a política não se exerceria, encerraria em um centro também por microrrelações, por uma micropolítica e microfísica do poder. Tal acepção nos leva a pensar a política da narratividade como um posicionamento estético enquanto forma de expressão do que nos acontece. Uma atitude perante o mundo, perante a vida. Assim as questões acerca dos nossos trabalhos, das pesquisas e problemas que podemos nos colocar, dos saberes que podemos expressar envolvem sempre um plano teórico, um plano de práticas e necessariamente um plano político.

Como nos propõe Passos, Kastrup (35), uma política da narratividade que faz uma *reversão da posição de minoridade para a experimentação minoritária*, isto é, possibilita sair da identidade do louco, do doente, do bipolar e suas inconstâncias, e com isso deslocara um *protagonismo ativo* em que a loucura esteja menos atrelada as alterações de comportamento para um protagonismo de transformações de si e do mundo.

É desta maneira que ao propor a construção de narratividades e o princípio de transversalidade enquanto característica metodológica, esses conceitos se afirmam por sua força da ação clínico-política e disparam movimentos no plano das políticas públicas. Uma vez que exploramos o sentido de transversalidade proposto por Guattari (2004), está relacionado aos movimentos de abertura comunicacional, desestabilização dos eixos organizadores de discursos homogeneizantes da comunicação entre os iguais. Como nos afirmam estes autores: “Traçar a transversal é, no que diz respeito aos modos de dizer, tomar a palavra em sua força de criação de outros sentidos, é afirmar o protagonismo de quem fala e a função performativa e autopoietica das práticas narrativas.” (Passos e Benevides, p.155).

Algumas Incursões: e até uma quarta-feira de cinzas, de azuis, de horizontes e sons.

Eu quero é botar meu bloco na rua
Brincar, botar pra gemer
Eu quero é botar meu bloco na rua
Gingar, pra dar e vender.

(Sergio Sampaio,1973)

Retomamos aqui o caráter híbrido das estratégias de intervenção que se localiza justamente no ponto onde a solução de problemas convoca seu rearranjo e com isso a invenção de um novo território onde tal problema será necessariamente *outro*. Como PASSOS, BENEVIDES (59) nos afirmam: “A solução de um problema se confunde com a criação de um outro problema.” (59, p.85).

Em nossa escrita-instalação já colhemos efeitos da intervenção, ou ainda outras entradas para novas territorialidades e musicalidades. Concluimos aqui com questões que emergiram neste processo de pesquisa e foram narradas pelos trabalhadores, usuários que protagonizaram nossa intervenção. Questões que certamente produzirão outros movimentos em nosso campo, em nossos cotidianos de trabalho, em tantos enredos de nossa história e vida. Problematizações que dispararam nosso trabalho por um campo artístico de arteiros em busca de outras estéticas de vida, ou ainda, outros modos de produzir a conversa, de acolher o ruído e produzir o cuidado.

Nesta proposição, acompanhamos assim a produção de alguns territórios, articulações e circulação de afetos, de intensidades e suas conseqüentes formas. Construção de território ao mesmo tempo em que nos desconstruíamos e nos reconstruíamos. Habitamos paisagens e passagem, da rede de cuidado às ruas, casa, família, remédios, amigos, interações, apresentações musicais, retornando, sim, por vezes, a tantos outros pontos, CAPS, albergue, calçadão e novamente músicas, ruídos e silêncios. Como na música de Geraldo Vandré (1964): “...desce o teu rancho cantando essa tua esperança sem

fim, deixa que a tua certeza se faça do povo a canção, pra que teu povo cantando teu canto, ele não seja em vão.”

Não foi apenas a produção do trabalho com música nos distintos lugares-equipamentos, mas tratou-se de aposta em ato, uma atitude de um trabalho coletivo e plural que nos colocou diante da produção de territórios que se esbarram, borram, e traçam outros territórios. Muito próximo à noção que Obici (60) nos coloca:

A noção de território, na obra de, possui um valor existencial e expressivo, delimita o espaço de dentro e o de fora, e marca as distâncias entre Eu e o Outro. Estabelece propriedade, apropriação, posse, domínio e identidade, bem como expressividades e subjetividades (60, p.76).

Procedemos por bricolagem, em que traços de desterritorialização nos apontavam aberturas, saídas, em uma rede de afetos que maquinam outra moldura para o fazer-clínica. Portanto, a musicalidade fora intercessora de um processo de fabricação criativa de corpos-profissionais e nos colocou – trabalhadores, usuários, sambistas, arteiros – em *n* territórios: território-usuário, território-música, território-equipamento de saúde, território-comum, território-loucura, território-arte. O território fora assim pensado na relação a medida que construímos uma morada, um habitar.

Não fora um exercício gratuito e fácil, o cultivo destes territórios, destas passagens, nos trouxeram dores, alegrias, paixões e sons próprios a cada movimento. E desta maneira acompanhamos as expressões de modos de vida que se conectam e constituem outras relações com o *vivente*¹⁷.

Ritmo e música em nossa escrita perpassaram este processo de construção de um território-corpo-receptivo. A musicalidade fora esta experiência de movimento que intensificou nossa percepção nas relações em ato. Intensificação que por vezes instalou outra temporalidade, um tempo das trocas que não se fez de imediato. Cultivo para a produção de um enredo: no sentido mesmo da sustentação para desenrolar histórias, suas tramas, cultivo ao desenrolar dos acontecimentos.

¹⁷ Nos termos de Virginia Woolf que nos coloca o vivente como aquilo que se subtrai às formas de vida e as tornam outras.

Musicalidade como essa afirmação de um protagonismo, a arte enquanto esse campo de enunciação, campo da produção de expressões e resistência. Ao conectar a música com a clínica, operamos um ato que se traduz enquanto construção coletiva de cuidado, expressa um modo de agir e potencializa o agenciamento da saúde com a produção de territórios afirmativos à produção de vida.

São pelas questões colocadas pelos relatos dos trabalhadores que traçaremos aqui algumas incursões e construímos nossas saídas deste plano, da escrita e intervenção. E assim...

Em nossas paisagens algumas estetizações se apresentavam mais duras, enrijecidas, com poucas aberturas a construção mais partilhada, seja pela negociação de horas-assistência em que os trabalhadores não dedicam única e exclusivamente aos usuários de seus respectivos equipamentos devido à circulação das atividades pela rede.

Como nos propõem um trabalhador:

Proposta que oficialize em colegiado que seja contado como horas de trabalhos todas as atividades realizada em espaços do Cândido Ferreira e da Rede.. (Narrativa-entrevista de trabalhador)

Nas palavras de um trabalhador:

Quando o Coletivo resolve aparecer com a sua música, com seus projetos, a rede se tece, ela vive, ela aparece feita de pessoas e de relações. Escrever algo musical, criar uma melodia para ajudar a compor uma música de um usuário de um CAPS da “rede”, que fica do outro lado da cidade, usuário este o qual nem conheço, não sou terapeuta, nem sou referência. O que explica isso? Não há lógica de território (geográfico), o território é Campinas, e o que nos conecta é a música e a saúde mental. O território poderia ser o mundo. Tanto faz. (Narrativa-entrevista de trabalhador)

E quanto aos desafios, ele prossegue:

Há dificuldade nisso, sim e muitas. A primeira e a mais difícil é a ruptura paradigmática que acaba sendo explicar para nossos “chefes” o porquê eu, que trabalho na região leste, com moradores cronificados de um SRT, preciso me deslocar durante o meu horário de trabalho para a região X para acompanhar um grupo de música de um outro serviço de saúde qualquer, ou ensaiar com usuários agudos, em crise, de qualquer algum outro serviço, que não tenha nenhum tipo de referência no meu território de origem, e que eu não tenha nenhuma responsabilidade estrita de cuidar deles... Isso mesmo, por quê?? (Narrativa-entrevista de trabalhador).

Certos de que não estamos isentos das relações de poder que sujeitam e disciplinam os modos de vida em um jogo de forças que quer silenciar o que ressoa e vibra nos corpos as atividades são sempre apostas na construção de outras sensibilidades e por vezes a roda não gira e samba não sai, forças imperceptíveis calam os corpos. Travamos verdadeiras batalhas com clichês: *“Atividades de recreação, é bom para ele se ocupar né? Ou ainda: “Vamos repetir as execuções para ficar mais parecido com o normal”*. Por vezes percebemos em nós esses clichês, e com isso nos lançamos a um exercício de escuta que ultrapassa essa escuta sujeitada. Com Obici (60) pensamos:

“Qual biopotencia da escuta poderá nos oferecer ferramentas para enfrentarmos os muros e cadeados sônicos que se levantam por todos os cantos? Como criar corpos-orelhas que possam restituir nossa sensibilidade auditiva, tirando-nos do estado anestésico e de entorpecimento ao quais nossos ouvidos estão submetidos? “ (60, p.135).

Outra trincheira que se coloca no campo da saúde hoje tange nossos processos de criação, suas musicalidades e os discursos hegemônicos cuidados. Muitas vezes trabalhadores sentem-se impelidos a justificar suas saídas em atividades de expressão artística. Um campo de disputa entre linhas teóricas e pensamento mais alinhado à *verdade da loucura*, outras que se relacionam biologicamente com os fenômenos, ou ainda organizadores de discurso que colocam a Rede como uma entidade transcendente pairando e não reconhecem que ao sairmos estamos acionando e nos relacionando com essas redes.

“Para mim, um dos desafios do nosso trabalho hoje é encontrar formas de dizer, com argumentos consistentes ao mundo “duro”, rígido, que não é o mundo da arte, por que e como a música ativa essa rede, e mais ainda, como as ações deste coletivo são capazes de denunciar, através de suas tramas, o quanto uma “rede”, que é tão falada no discurso saudementalesco, na verdade é muito mais mencionada do que propriamente funciona! Como dizer, de forma que as pessoas entendam que, para esta rede funcionar, ela precisa ceder a algum enredo que não é o tradicional. Impressionante é que as teias que o coletivo da música tece são capazes de enveredar incômodos ao longo desta “rede”. Contradições postas à mesa.” (Narrativa-entrevista de trabalhador).

O desafio de articular e potencializar as atividades artísticas nos coloca diante do enfrentamento à lógica da referência-contrareferência. Quando nos propomos ao trabalho coletivo, construído em conjunto, convocamos *outros* na realização. A oferta da atividade não está pronta, não se trata de ir e realizar uma atividade encomendada, mas sim um convite que se constrói desde o cronograma das atividades, locais, logística de transporte, duração – que são as ações mais estruturais – e sim o convite também se coloca ao modo como fazemos, ao movimento de imprevisto e improvisado, a mudança de ritmo, pois ‘somos muitos hoje que pela primeira vez tocamos um instrumento’. Exercício de *outrar*, quando *o outro quando ganha o estatuto do verbo, uma face de movimento (...)* *Outrar sugere ainda, como ação, o que de algum modo implica um sujeito que empreenda ou receba”*. (61, p.179).

“Construir com a equipe, que as escolhas dos usuários para frequentarem a oficina não perpassam a melhora ou remissão de sintomas, mas a história de vida do sujeito e seu desejo em experimentar de algum modo a música, foi uma tarefa árdua, mas possível! Foi um respiro a arte/música invadir a internação e sustentar muitos projetos terapêuticos.” (Narrativa-entrevista de trabalhador).

Outrar em nosso trabalho também aponta para essa dimensão cuidador-artista que coloca em questão discursos mais identitários pois habitamos uma fronteira em movimento. E neste lugar, a estranheza desequilibra e desloca-se: são diferentes lugares de atuação, seja

no ambiente mais formal da assistência ou ainda na roda de samba da marquise da estação, extensão de um trabalho clínico na rua que possibilita acessar diferentes necessidades no cuidado e como também diferentes expressões da vida. Movimento que cria outras entradas na rede, no acesso ao cuidado, de maneira inusitada:

Em certo dia, estávamos já no meio do ensaio no barracão da Estação, quando somos surpreendidos pela chegada de um usuário que entrou no meio da roda e disse: Pois é vim de ônibus, não queria perder o samba hj não...: o trabalhador que estava ao meu lado me olhou e completo: pois é, é isso que estamos propondo, se lá no CAPS ele estava intoxicado e não pode entrar na perua da instituição, ele mesmo cambaleando pediu passagem veio de ônibus e aqui a gente pode acolher... E assim, o usuário pegou o instrumento, não fez alarde não, e o tocou, até o fim da atividade (Narrativa-entrevista de usuário).

O enfrentamento e legitimação das práticas artísticas enquanto estetizações da vida nos coloca em um campo heterogêneo de disputas e conquistas da produção de saúde. Invenção de resistências que admite essa dimensão da aposta e suas linhas invisíveis que produzam frestas, fissuras no instituído. Como podemos escutar nas palavras de um-de-nós:

Trabalhar num equipamento de internação, ali onde o discurso da loucura é tão árido, onde o sofrimento psíquico se apresenta de forma tão dura e intensa, onde a medicalização é a saída mais óbvia e ainda assim apostar que estes usuários irão para o centro de convivência para uma oficina de experimentação musical é quebrar protocolos há muito tempos existentes. (Narrativa-entrevista de trabalhador).

Atento aos Sinais:

Peço aos céus para me proteger,
e eu hei de não ceder,
ao vazio desses dias iguais,
mal em mim nunca há de fincar,
mel em mim nunca de de findar,
olhos nus e atento aos sinais,
Faço fê pra poder ver.
A vida há de ser sempre mais.
(Música Oração, Ney Matogrosso, 2013)

Ao nos propormos uma escrita inventiva na tentativa de incluir não apenas os resultados finais que apontavam para as construções estéticas mais sensíveis, mas também desafios, problemas que restam em aberto podemos dizer que:

As aberturas de um trabalho de pesquisa sugerem linhas de continuidade a serem seguidas pelo próprio pesquisador, ou por outros que sejam afetados pelos problemas que ele levanta. É em grande parte através do texto que um novo problema ou uma nova abordagem dos problemas pode se propagar e produzir efeitos de intervenção num campo de pesquisa.
(Passos e Kastrup ,62,p. 399)

Deste modo o plano empírico nos deu lugar de experiência e experimentações na clínica mais conectada ao plano da vida. Assim, na roda música, na oficina de percussão, no canto e no toque nossos territórios se dissolveram, arrastaram traços afetivos, históricos, sociais, culturais que esboçaram narrativas de vidas. Foi nas palmas das mãos, na pele-pandeiro, que sentimos os maiores movimentos. Parafraseando Mello (2012) verificamos ali nestes soares e ressoares uma dissolução das formas, sujeitos, loucura, domínios em proveito de um contágio, uma partilha. Toque, canto, voz-tato produziu uma “matéria clínica inapreensível pelas vias do pensamento, mas corporificadas” (Mello, 2012) em cada vida, em cada *um-de-nós*.

E seguimos atentos aos sinais, aos sinais que nos interpelam cotidianamente no trabalho e em seus processos de cuidado. Levaremos a seguinte questão: quais estéticas de loucura estamos produzindo em nosso contemporâneo? Seguimos, por corredores e

estações que ainda atravessaremos, espreitando o inusitado, que ele venha sempre nos surpreender. E segundos antes de cruzar a faixa amarela, aquela que diz que o desfile tem o tempo de início e fim, antes de terminar essa passagem-escrita, uma última invocação: nosso samba-enredo deste ano, 2014. Com ele, deixamos nossos temas, nossas letras, nossas batalhas e nossa alegria e resistência:

Meu Batalhão

Letra: Juan Peres
Música: Coletivo da Musica

Onde tem Palmeiras e canta o Sabiá
“Se tremulam bandeiras, mas sem a bola rolar”
Onde “se” sacode a poeira e a volta por cima se dá
“Se” abalaram as fronteiras. Pra esse meu grito eu gritar:

**Em sete cores minha farda
As sete notas munição
A esperança é minha arma
As sete artes batalhão
O meu escudo é meu amor
Solte as pedras, nos dê a mão
Ei Senhor Doutor! De sua lei, não entendo não!**

Meu mestre foi humilhado Como vou estudar?
Ei Senhor Cobrador não tenho como pagar...
O meu Real foi “pro” estado e os centavos pro patrão!
EI SENHOR DOUTOR! EMPRESTA SEU CORAÇÃO
PRECISO DE SUA HUMANIDADE mais que prescrição!

**Em sete cores minha farda
As sete notas munição
A esperança é minha arma
As sete artes batalhão
O meu escudo é meu amor
Solte as pedras nos dê a mão
Ei senhor Doutor de sua lei não entendo não!**



Figura 13:COLETIVO DA MÚSICA - ensaio bateria de carnaval, fev /2014

Referências Bibliográficas

1. Aguiar KFd, Rocha MLd. Micropolítica eo exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. *Psicol ciênc prof.* 2007;27(4):648-63.
2. Campos GWdS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: Hucitec; 2000.
3. Merhy EE. Enfrentar a lógica do processo de trabalho em saúde: um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo em ato, no cuidado. In: CARVALHO S, FERIGATO S, BARROS M, editors. *Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade* São Paulo: Hucitec; 2009. p. 276-300.
4. Teixeira RR, editor *As redes de trabalho afetivo ea contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. Research Conference on Rethinking" the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America* San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/University of California; 2004.
5. Lima EA. *Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação: Coleções IPUB;* 2004.
6. Ferigato SH. *Cartografia dos centros de convivência de Campinas: produzindo redes de encontros [Tese de Doutorado]:* Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2013.
7. Passos E, Benevides R. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Psicol clín.* 2001;13(1):89-99.
8. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina.* 2008;1(1):92-100.
9. Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação.* 2005;9(17):389-94.
10. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2005;10(3):585-97.
11. RIGHI LB. Redes de Saúde: Uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da Atenção Básica. In: Leitão V, Silva KCP, editors. *Humaniza SUS: o humanizaSUS na Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.; 2009.
12. DELEUZE G, GUATTARI F. *Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia.* São Paulo: Editora 34; 2009.
13. FONSECA TG, NASCIMENTO MLd, MARASCHIN C. *Bricolar. Pesquisar na diferença: um abecedário.* Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 263.

14. Lima E, Pelbart P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2007 Jul;14(3):709-35.
15. Foucault M, Coelho T. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva 1978.
16. de Toledo Ferraz MHC. Arte e loucura: limites do imprevisível: Lemos Editorial; 1998. 143 p.
17. COUTINHO AR. Da transferência à transversalidade: o devir dos conceitos e a variação do plano da clínica [Dissertação de Mestrado.]: Universidade Federal Fluminense, Niterói (mimeo); 2007.
18. Amarante P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 1994;1(1):61-77.
19. Goulart MSB. Os 30 anos da “Lei Basaglia”: aniversário de uma luta. *Mnemosine*. 2008;4(1).
20. da Silveira N. Uma mulher de muita vivência e que tem a idade das ilusões. 1981; *Psicologia e Arte*.
21. Frayze-Pereira JA. Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política. *Estudos Avançados*. 2003 Sep-Dez 17(49):197-208.
22. Melo W. As Regiões de Fronteiras do Espaço Artaud: Articulações entre Saúde e Cultura Pesquisas e Práticas Psicossociais. 2012;7(2):211-22.
23. LIMA E. Clínica e Criação: a utilização de atividades em instituições de Saúde Mental. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1997.
24. Xisto V. ‘Coletivo Carnavalesco Tá Pirando, Pirado, Pirou!’: desinstitucionalização e estratégias de sobrevivência dos profissionais de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. 2012;4(8):115-24.
25. Leão L. Interlab: labirintos do pensamento contemporâneo: Editora Iluminuras Ltda; 2002.
26. Moebus RLN. O Tratamento Involuntário em Ato de Delicadeza [Dissertação de Mestrado [Mestrado em Medicina]]: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.
27. Bezerra Jr B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2007;17(2):243-50.
28. Vasconcelos CMD, Pasche DF. O sistema único de saúde. *Saúde em debate*. 170: Hucitec; Fiocruz; 2006. p. 531-62.

29. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2307-16.
30. Santos L, de Andrade LOM. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(3):1671-80.
31. Silva SFd. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62.
32. Cecílio LCDO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R, MATOS RA, editors. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde: IMS ABRASCO*; 2001. p. 113-26.
33. Kastrup V. A rede: uma figura empírica da ontologia do presente. In: FONSECA TMG, E KIRST PG, editors. *Carografias e Devires: a construção do presente. tramas da rede* Porto alegre: Sulina; 2004. p. 53-62.
34. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. Porto Alegre: Sulina, ed. UFRGS; 2007.
35. Passos E, Kastrup V, ESCÓSSIA Ld. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2009.
36. Deleuze G, Parnet C. *Diálogos: Relógio D'Água*; 2004.
37. Portocarrero V. Normalização e invenção: Um uso do Pensamento de Michel Foucault. In: CALOMENI T, editor. *Michel Foucault Entre o murmúrio e a palavra*. Rio de Janeiro: Faculdade de Direito de Campos; 2004. p. 133-67.
38. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
39. Lemos FCS, Ferla AA, Oliveira PdTRd. *Medicina e Hospital. Fractal: Revista de Psicologia*. 2011;23(3):487-500.
40. Ferla AA. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis*. 2004;14(1):85-108.
41. Illich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.
42. Foucault M, Galvão ME. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*1999.
43. GALLO S. Do cuidado de si como resistência à biopolítica. In: BRANCO GC, VEIGA-NETO A, editors. *Foucault: filosofia e política* Belo Horizonte: Autêntica; 2011. p. 371-91.

44. FOUCAULT M. Nascimento da biopolítica. . São Paulo: Martins Fontes; 2008.
45. Rose N. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA Td, editor. Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu Petrópolis: Vozes. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 1998. p. 30-45.
46. Foucault M. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
47. FOUCAULT M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). Trad. de ME Galvão. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
48. Martins ALB. O Governo da conduta : o poder médico e a liberdade dos indivíduos na sociedade contemporânea [Tese Doutorado]: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2012.
49. Merhy EE, FEUERWERKER LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO ACS, GOMBERG E, editors. Leituras de novas tecnologias e saúde 1ed ed. São Cristóvão: Universidade de feira de Santana/editora UFBA; 2009. p. 29-74.
50. Rauter C, Peixoto P. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. Psicologia em estudo [On-Line]. 2009 Abr-Jun;14(2):267-75.
51. de Paula Souza T. A norma de abstinência eo dispositivo" drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos) [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2013.
52. Palombini AdL. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. Psyche. 2006;10(18):115-27.
53. Rocha MLd, Aguiar KFd. Pesquisa-intervenção ea produção de novas análises. Psicologia: ciência e profissão (online). 2003;23(4):64-73.
54. ALVAREZ J, PASSOS E. Cartografar é habitar um território existencial. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 131-49.
55. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34; 1997.
56. RODRIGUES S. RITMO E SUBJETIVIDADE - O TEMPO NAO PULSADO. Rio de Janeiro: Editora Multifoco; 2011.
57. Rolnik S. Uma insólita viagem à subjetividade. Campinas, SP: Papyrus; 1997.

58. Alves FS. O corpo em movimento na capoeira [Tese de Doutorado]: Universidade de São Paulo; 2011.
59. PASSOS E, BENEVIDES R, FONSECA T, KIRST P. Complexidade, transdisciplinaridade e produção de subjetividade. Cartografias e devires: a construção do presente Porto Alegre: Editora da UFRGS. 2003:81-9.
60. Obici G. Condição da Escuta: mídias e territórios sonoros [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontificia Universidade Católica; 2006.
61. Simoni A, Moschen S. Outrar. Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina; 2012.
62. Kastrup V, Passos E. Cartografar é traçar um plano comum Fractal: Revista de Psicologia, [serial on the Internet], v. 25, n. 2, agosto 2013. Disponível em: <http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/Fractal/article/view/1109>. Acesso em: 7 agosto 2014.
63. BRASIL. PODER EXECUTIVO. Portaria 4279, de 30 de Dezembro de 2010. Brasília, p. 88-93. 2010.
64. BRASIL. Artigos 196 a 200. Brasília. 1988.
65. BRASIL. Lei 8080. Brasília. 1990.
66. BRASIL. Lei Nº 10.216. Brasília. 2001
67. BRASIL. Relatório Final da 8ª. Conferencia Nacional de Saude. Brasilia. 1986
68. BRASIL. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, 2006. ISBN 85-334-0960-5.
69. BRASIL. Decreto 7.508, de 29 de Junho de 2011. Brasília. 2011.
70. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS. Redes de Produção de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
71. BRASIL. Colegiado de Gestão Regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada, v. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10, 2009a. ISBN 978-85-334-1620-8.
72. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, Brasília 2005.

73. Foucault, M. O Retorno da Moral. In: Ditos e Escritos. Vol. V.- Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

ANEXO I - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **Coletivo da Música: Dos nós aos Nós na Rede. A Experiência da Musicalidade e a Produção de Saúde.** Que será realizada como subsídio para a Dissertação de Mestrado no Departamento de Saúde Coletiva/ UNICAMP.

O objetivo geral desse estudo é a analisar a temática do cuidado e suas práticas clínicas na produção de saúde no contexto das atividades musicais realizadas pelo Coletivo da Música na Rede de Saúde Mental.

Para isso, temos como objetivos específicos:

- Identificar as experiências de articulação da Rede dos serviços saúde mental nas atividades realizadas no Coletivo da Música.
- Identificar as práticas de cuidado produzidas a partir das atividades musicais.
- Identificar as práticas de gestão que se dão pela produção de cuidados nas atividades musicais.
- Identificar as práticas do projeto Coletivo da Música que contribuam para produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva.

Condições para a participação na pesquisa:

- Ter 18 anos ou mais.
- Ser participante regular das atividades do Coletivo da Música condição de usuário ou profissional da saúde.
- Aceitar voluntariamente participar da pesquisa e assinar o presente termo de Consentimento livre e esclarecido

Procedimentos de pesquisa:

- Observação participante dirigida às intervenções propostas pelo projeto Coletivo da Música.
- Grupo de discussão e entrevistas semiestruturadas com os usuários e trabalhadores dos serviços que participam do Coletivo da Música.

Solicitamos aos participantes a autorização para utilização dos registros audiovisuais dos grupos de discussão, das entrevistas semiestruturadas em que a identidade e a privacidade dos sujeitos investigados serão mantidas em sigilo na transcrição das gravações:

- Autorizo o uso dos registros audiovisuais e entrevistas.
 Não autorizo o uso dos registros audiovisuais e entrevistas.

Assim as observações serão registradas em diários de campo e a transcrição destes respeitarão a veracidade e originalidade dos fatos e dos relatos ao serem incorporados na redação da dissertação.

Garantimos ainda que, a participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco para os sujeitos da pesquisa, em nenhuma fase do estudo ou decorrente dele, de forma direta ou indireta. Os sujeitos têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

A pesquisadora se compromete também a prestar qualquer tipo de esclarecimento que se fizer necessário, antes, durante e após a pesquisa. Além disso, compromete-se a dar devolutiva dos resultados da pesquisa a todos os participantes. Para qualquer esclarecimento relacionado aos procedimentos do estudo, entrar em contato com a pesquisadora responsável.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, não restando qualquer dúvida a respeito do lido e explicado, o Sr.(a) _____ portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.
Campinas/ SP, _____ de _____ de _____.

Nome e Assinatura da pesquisadora

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa:

Pesquisadora: Ludimila Palucci Calsani

Psicóloga e aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da UNICAMP. Telefone para contato: (19) 981489595/ e-mail: ludimilapalucci@gmail.com A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126 – Caixa Postal 6111 – CEP: 13083-887 – Campinas/ SP – Fone: (19) 3521 8936 – E-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO II – Diários de Campo

Ouvindo Vozes e Tocando a Vida

Trago aqui vozes, letras e expressões compartilhadas ao longo de nossa pesquisa. Vozes que me acompanharam, por vezes me pertubaram e no mesmo movimento impulsionaram. Esses tons e traços que deram a cadencia necessária e aos poucos o contorno de nossas expressões no texto e na vida. Meu agradecimento a todos vocês, coletivos da vida, por me permitiram acompanhar e ouvir muitas vozes.

“Meados dos anos 80. Estou sentado no chão, em frente à vitrola (ou toca-discos, como a chamaria posteriormente). As agulhas riscam as bolachas mais recentes dos Titãs, Paralamas, Legião Urbana... como era prazeroso passar aquelas tardes musicais, às vezes só, às vezes em companhia de minha irmã, outra aficionada por música. Anos 90 – primeiros acordes no violão, no contrabaixo, as primeiras experiências musicais... me divertia e ainda ganhava um troco. Anos 2000 – o sonho de ser profissional, “viver de música” – algumas composições, shows, aberturas para artistas conhecidos, as promessas de produtores, turnês pela Europa nunca concretizadas. A dura realidade, as frustrações, o desencanto. 2006 – horas de estudo – harmonia, técnicas de violão, composição, história da música, consonâncias e dissonâncias... para que tudo isso mesmo? Começo a vislumbrar um outro caminho, uma outra possibilidade – uma forma alternativa de compartilhar com as pessoas o que a música me proporcionava. (colocar a legenda aqui!)

“Não queremos uma alegria fugaz, queremos extrair da explosão apoteótica, a intensidade que dura ...que nos carrega não só pelos minutos de avenida, mas abrir estes espaços na cidade, no dia, nas cotidianidades e fazer dos nossos sonhos, dores e amores de carnaval, nossas construções alegóricas que fabulam dias melhores, dias alegres dias possíveis”.

A cada dia que passa,
o Retalho de Cetim fica mais
entrosado e as músicas tem
mais poder de emocionar as
pessoas nas apresentações.
Definitivamente eu digo
que não sou ninguém sem
a música.
É um privilégio fazer
parte desta família
chamada Retalhos de Cetim

Figura 14 foto caderno de ideias experimentais - dez 2013

“A música sempre fez parte da minha vida, antes de muita coisa, antes inclusive da psicologia. Algo que sempre foi mais que uma técnica ou um aprendizado que eu tive, acho que é uma forma de ver o mundo, de ver a vida. Desde criança toco instrumento de sopro, e isso fez parte da composição da minha vida, “me construí” com a ajuda da música. Aprendi o instrumento para “tocar na banda”, esse era o objetivo muito claro do aprendizado que tive, e

foi o que fiz por muito tempo na minha vida, tocar na banda. A convivência com a rotina de banda é uma coisa maluca, doida... Trinta ou quarenta instrumentos de sopro tocando ao mesmo tempo, com arranjos complexos, o maestro que escuta que a nota Ré da última tuba da fila da esquerda está desafinada, é algo bem maluco.”

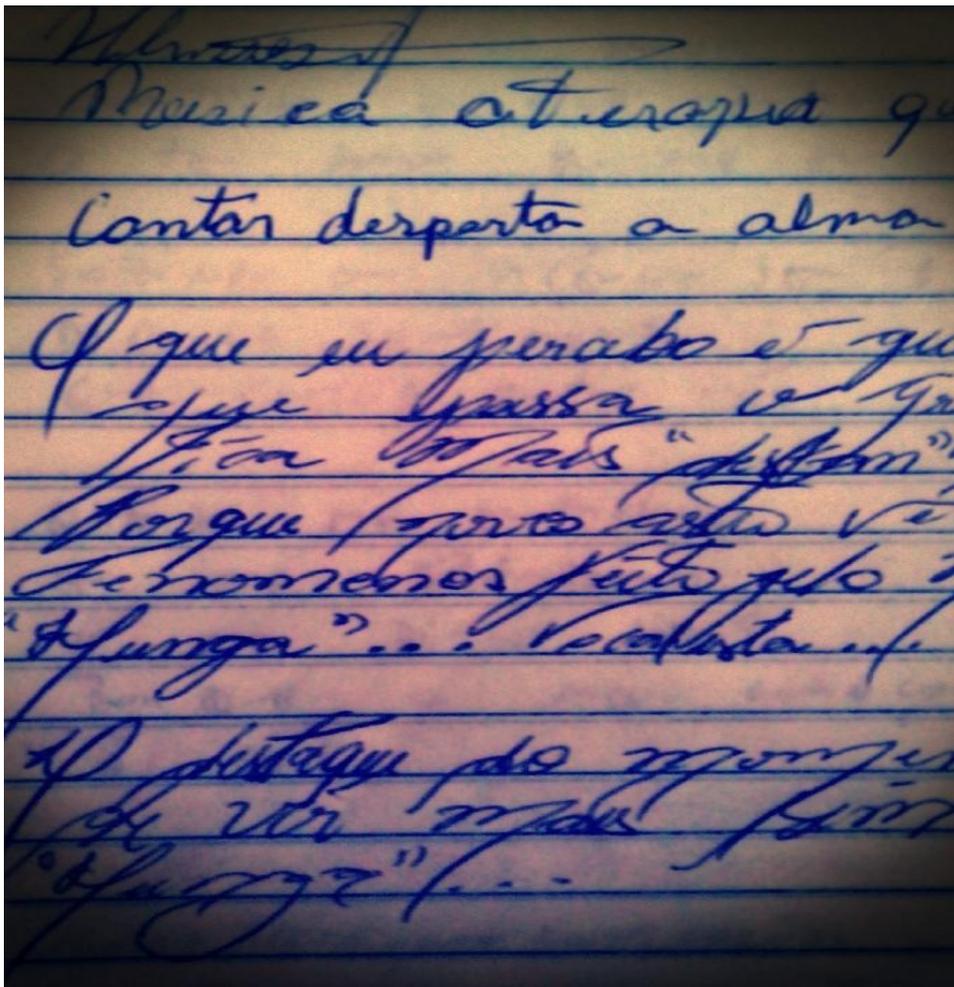


Figura 15 foto caderno das ideias experimentais

“é um projeto riquíssimo onde trocamos experiência com outros profissionais e pactuamos intervenções como em numeras festa, no decorrer, pensando na subjetividade do sujeito e fazendo

com que conheça suas potencialidade. além de fazer rede com outros serviços da assistência. como: SRT, CAPS ,CECCO e o Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (CASA). tipo talvez seja isso inúmeros desafio deste articular transporte, manejar equipe, sustentar paciente na crise.enfim acredito muito na potencialidade do grupo e que cada vez mais possamos manter a comunicação o e reuniões fixas.”

Samba Enredo eleito - Carnaval 2014

Arte e Resistência

*Olha que loucura!
O remédio hoje é a escultura
Olha que beleza!
A terapia hoje é a natureza*

Ha mais de vinte anos
começamos a lutar
uma luta tão inglória
pra loucura libertar
E depois de tanto tempo
conseguimos transformar
E o Bloco do Candinho
Na avenida vem mostrar

*Olha que loucura!
O remédio hoje é a escultura
Olha que beleza!
A terapia hoje é a natureza*

Nós agora temos Caps
Pra nossa vida melhorar
Temos Centros de Convivência
Onde podemos conversar

Sobre cidadania
Nosso direito a se tratar
E poder voltar pra casa
Onde é nosso lugar!

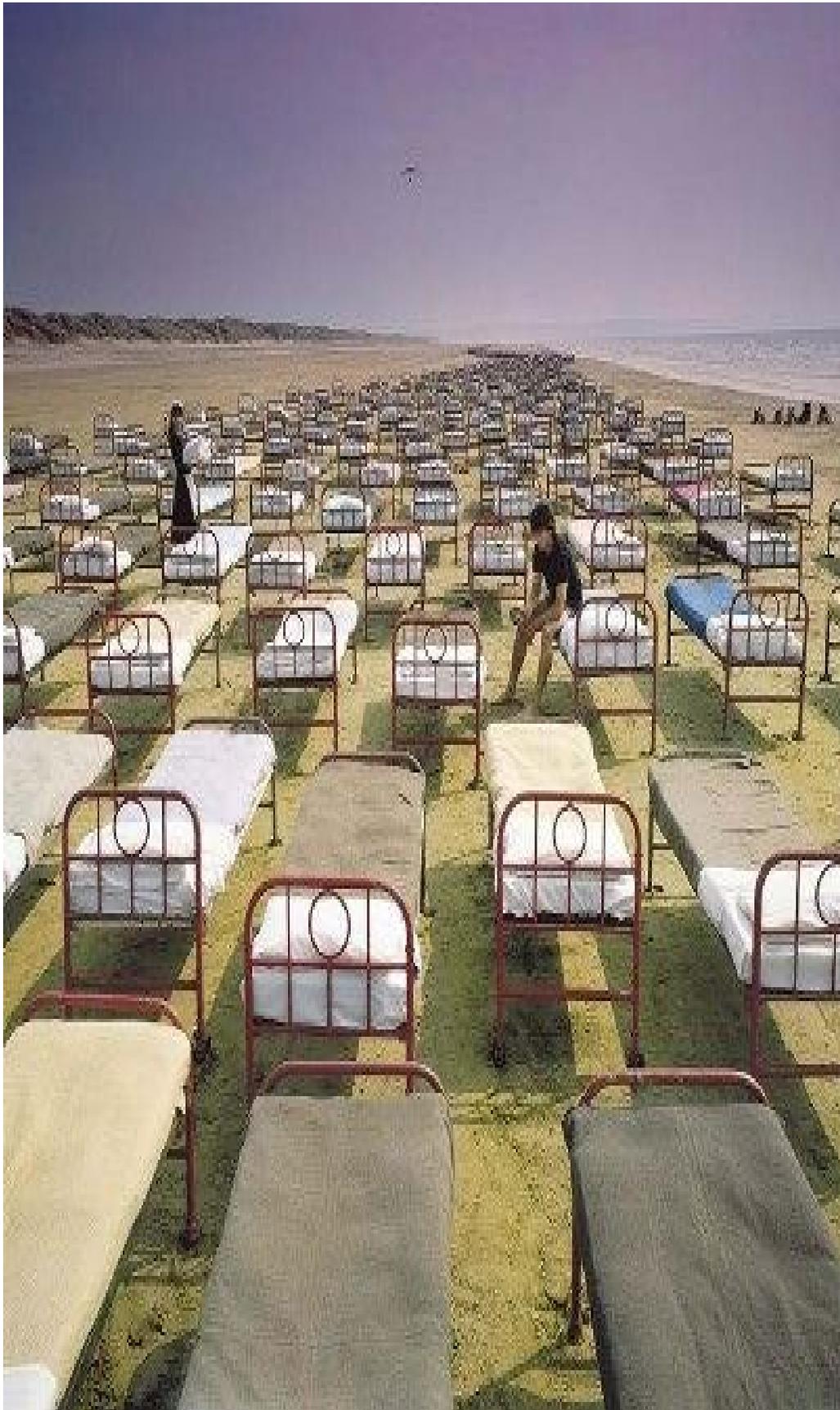
Olha que loucura!
O remédio hoje é a escultura
Olha que beleza!
A terapia hoje é a natureza

“A música pertence a todos e cada um se apropria dela a sua maneira: O rádio toca na cozinha enquanto a funcionária prepara os alimentos. O rádio toca no salão em música ambiente e de vez em quando alguém muda a estação ou o desliga para também curtir o silêncio, a assistente administrativa se concentra no computador com a música misteriosa do fone de ouvido, a agente de apoio canta aos berros quando está triste (e anuncia esta Condição), o vigia que é músico batuca na mesa, a assistente social que é cantora canta versos quando o assunto lhe remete a uma música, as adolescente entram com os MP3s e os celulares em alto som. O grupo de música convida a todos a experimentarem instrumentos, lembrarem de músicas e a compartilharem estas memórias, as pessoas do Movimento Vital e Expressivo se movimentam ao sabor de ricas seleções musicais variadas e renovadas a cada semana, os grupos de dança acontecem sob à luz da música, a capoeira faz do batuque o elemento primordial da roda, as senhoras do coral inspiram e expiram música. A música “embala” o trabalho cotidianamente”.

Exercício difícil o de experimentar por em palavras o que vivenciei nesses últimos quatro anos no projeto Coletivo da Música. Certa de que não falo apenas por mim, pois ao evocar as lembranças que estão registradas em minha memória e meu corpo evoco diversas outras vozes de parceiros que vivenciaram tudo isso junto comigo, afirmo que mais difícil ainda seria separar o que nesse emaranhado de afecções é meu e o que é dos outros (*Coletivo*). Essa pluralidade de vivências se dá no potente encontro que o projeto Coletivo da Música proporciona entre os diversos equipamentos de saúde do município. Sob o pretexto de produzir ações musicais, que é o nosso plano comum de trabalho, produzimos ações de saúde que transversalizam os equipamentos e fogem as amarras impostas por tanta burocratização. É um respiro! Respiro que nos tira do circuito da saúde e nos leva para o circuito da vida, ocupamos as ruas, e as cidades...

“Nos territórios habitados por estes usuários são raros os espaços de convivência coletiva, territórios em que o sofrimento produzido pelas condições de vida recebe na maior parte das vezes apenas a saída pela violência ou pela medicalização, o que se pode verificar pela alta demanda por atendimento psiquiátrico nas unidades de saúde. Muitos deles, quando recebem um diagnóstico, passam a ocupar uma zona de sombra e de silêncio nas relações sociais. Resta-nos então inventar modos de quebrar o silêncio”

Um jeito outro de circular pelos equipamentos de saúde e pelo mundo da loucura, jeito que não vinha acompanhado pelo sofrimento, mas por sorrisos e alegrias, alegria daquela sempre presente, ali na roda de samba. Alegria que muitas vezes é a essência desse fazer coletivo, é o que em meio a tanta informalidade nos entorpecia e impulsionava, alegria que se torna força da sutileza de construir vínculos e tecer a rede... A vida que pulsa como a bateria do Bloco e por sua vez dá ritmos ao samba da vida de muitos... Como dizia Joãozinho Trinta “Alegria não é ilusão: é recurso.”



O Sentido

Depois de tanto tempo imóvel, um vento passou por mim. Mas não como vem um calafrio. Foi mais como um sopro, só que por dentro. Eu que estava "achando a vida mais chata do que um cantor de soul". Eu que estava paralisada, trancada dentro de mim. Correndo contra o tempo para fazer, fazer, fazer, e entrando em um sem-tempo de ser. A corrida vazia, sem chegada nem partida. Corrida sem movimento, e o corpo exausto de uma infinitude de sem-sentidos.

Um vento passou por dentro e tirou pó de discos antigos que guardo dentro de mim. E deu uma vontade de dançar! Desejo de movimento, de contato. E que seja doce, como diria o Caio. E que seja leve e gentil! E que possa ser bom apesar de doer, como o aroma sufocante da dama-da-noite, que enche as calçadas de amor-não-correspondido.

Mas que eu possa dançar, rodopiar até cair. E chorar de alegria e dor, que são no final a mesma coisa. Que eu possa existir no mundo em movimento e que seja minha a escolha de ficar ou partir. Ainda parada, absorta pelo sopro que passou, me preparo para o vento, o furacão. Me preparo para florescer em mais uma primavera e descubro que é nas flores que consigo voltar a existir após a paralisia do inverno. Ainda parada, aguardo sonhando pela chuva, que levará embora a secura do inverno, e com ela poderei fluir até virar nuvem. "Aprendi a veranizar". (recorte narrativa trabalhador)

Seguimos Tocando a Vida.