

TÂNIA MARQUES CARDOSO

A QUE(M) SERVE A MÚSICA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA?
Linhas de audibilidade nas práticas musicais da Saúde Mental Coletiva

Assis
2014

TÂNIA MARQUES CARDOSO

**A QUE(M) SERVE A MÚSICA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA
BRASILEIRA?
Linhas de audibilidade nas práticas musicais da Saúde Mental Coletiva**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientadora: Prof. Dra. Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima

Assis
2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

C268a Cardoso, Tânia Marques
A que(m) serve a música na reforma psiquiátrica brasileira?:
linhas de audibilidade nas práticas musicais e sonoras da saúde
mental coletiva / Tânia Marques Cardoso. - Assis, 2013
184 f. ; il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis – Universidade Estadual Paulista.

Orientadora: Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima

1. Musica - Psicologia. 2. Musicoterapia. 3. Saúde mental. 4.
Reforma psiquiátrica. I.Título.

CDD 615.85154

Aos que moram nas zonas rurais brasileiras.

A todos os artistas que estão mais sentados em plateias,
que propriamente ocupando palcos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não é de um indivíduo, é apenas escrito por um. Como não caberia uma multidão aqui, nomeio representantes da minha gratidão multitudinal: A Tudo Aquilo que a Ciência jamais explicará. *In memoriam* de Pedro e Maria Bela; às catiras e às cantigas religiosas. Incondicionalmente a José, Adelinda e Juarez; do silêncio do útero ao barulho das broncas, conversas sem fim e brincadeiras, a tudo que representam para/em mim. A Cláudio e Deolinda, pela sabedoria partilhada e pela primeira sanfona. A Douglas Rossi Ramos, baixista, parceiro de anos na pesquisa e na vida e à sua família, pela presença em momentos imprescindíveis, emblemáticos e poéticos, por acreditar nos momentos de plena descrença.

À Elizabeth Araújo Lima, Orientadora no sentido mais literal e poético da palavra; que transmite seu profundo conhecimento com humildade e carinho, e ensina a “errância” da pesquisa, suportando e dando suporte à vida “errante” de pesquisadora. A Hélio Rebello Cardoso Jr., meu Convidado “de Casa”, pela disponibilidade ao bom (re)encontro e suas colocações preciosas e precisas para qualificação do trabalho. Ao Marcus Vinícius Machado de Almeida, o “Compositor” da banca, pela solicitude em compartilhar suas ideias valiosas e sua “valise” técnica no exame de qualificação. À Soráia Paiva-Cruz, Abílio Costa-Rosa, Rosana Onocko Campos, Alberto Diaz e Gastão W. Souza Campos, os Professores, pelos saberes e fazeres (re/des)construídos. Ao Fernando Zanetti e à Cristina Amélia Luzio, pela leitura zelosa e considerações feitas no curso da pesquisa, desde a graduação.

Aos que me acolheram em seus lares, em suas rotinas, pelos favores e pela amizade: à Fabiana Ribeiro e Miriam Magno, amigas de coração grande, as maiores cantoras e encantadoras pessoas; à Barbara Sinibaldi e Waldir Périco, os “Dons Quixotes”, nesse mundo árido e sem convicções; e ao Wal/dir como um intercessor no texto; à Marina Paes e Ricardo Gonçalves Conceição; por abrir espaço no seu dia-a-dia de arte e de luta política; e a Carlos e Kátia Endo; os queridos veteranos de Assis, pela acolhida sempre atenciosa. À Juliana Araújo e Dani Lui, companhias imprescindíveis e especiais na “Quai de Valmy” e demais *arrondissements* do mundo. À Adriana Oliveira, Damaris, Larissa, Pedro Ivo, Ederson, Ana Lúcia, Camila, Cizina, Juliana, Vitor, Isabel; pelos bons momentos e pelos conhecimentos compartilhados. Aos amigos “campineiros”: Iara Pinheiro, a todos os amigos do Aprimoramento em Saúde Mental, ao Tiago e à Nara, companheiros de Planejamento e Gestão. À Camila Doris, à República Maloca; à Márcia M. Oliveira, Débora Baracho, Odilon e outros profissionais do “Integração”. À Jacqueline Martiniano, Fernanda Guardiano e agregados, Fabiano e Douglas Moreira pelo acolhimento no meu novo lar e companhia na fase final do mestrado. À Rosiane Lopes; Janete Massi; Jenifer Zagatti; Nelson de Souza Jr.; Milena Beraldo; Vanessa Favoni, Eduardo Atílio e família, Fabiana Ribeiro, enfim, aos meus amigos de sempre. A Juliana Araújo, que muitas vezes me deu *holding*, *handling* e até *empowerment* pela internet. Mais uma vez a Fabi, Waldir e Bárbara, por me acudir e acolher.

Ao Cecco “Toninha”/Casa de Cultura “Tainã” e ao C.S. “Vila Ipê”; onde aprendi o que é trabalhar em equipe que crê na possibilidade de um SUS de qualidade. Ao CAPS Integração e ao C.S. “Parque da Figueira”; onde aprendi muitas coisas sobre o trabalho, inclusive, a ser mais resistente. Ao grupo de Apoiadores da Rede Intersetorial de Atenção à Dependência Química de Bernardino de Campos e a equipe do CRAS de Braúna, por me ensinarem muito sobre o cuidado, o coletivo e o social. À Ângela Vilela e Cris Lopes; por dividir conosco sua vasta experiência. Aos profissionais da Seção de Pós-graduação, aos professores Francisco Hashimoto, Silvio Yasui e Beth Piemonte; aos trabalhadores da FCL-Unesp e aos funcionários da biblioteca “Acácio José Santa Rosa” - FCL-Unesp, pelas contribuições diretas e indiretas.

Às paisagens sonoras que apreciei que me possibilitaram a experiência do sublime, do sagrado, do estranho, ou de algo mais que a indiferença. Aos sons de tantos movimentos

políticos que vão para as ruas há anos em defesa dos direitos dos brasileiros ao acesso qualitativo à saúde, à educação, à terra e moradia, ao transporte e a tantos outros e aqueles que têm feito muito barulho contra a corrupção desde junho de 2013. Aos músicos, grupos musicais, bandas, que fazem com que a música exista. E à ela que ensurdece, incomoda, anima, cura, dispersa, reúne e que nos arrasta para novas dimensões existenciais. Aos que me esqueci de agradecer, me desculpem. Aos possíveis leitores e aos prováveis críticos do meu trabalho. Aos Douglas – Rossi Ramos e Magrini Garrão pela ajuda com a revisão, pela cadência silenciosa de suas companhias como oferta longa, gratuita e momentânea.

À CAPES pelo financiamento nos primeiros meses da pesquisa. E à FAPESP pelo apoio financeiro, auxílio indispensável para realização plena deste trabalho.

“De músico e louco todo mundo tem um pouco de filosofia”.
Ventania

“É que a viola fala alto no meu peito humano
E toda moda é um remédio pros meus desenganos
(...) Pra todo aquele que só fala que eu não sei vivê
Chega lá em casa pruma visitinha
Que no verso e no reverso da vida inteirinha
Há de encontrar-me num cateretê”.
Renato Teixeira, Intérprete: Rolando Boldrin
Música: Vide, vida marvada

CARDOSO, T.M. **A que(m) serve a música na Reforma Psiquiátrica brasileira? Linhas de audibilidade nas práticas musicais e sonoras da Saúde Mental Coletiva.** 2014. 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

RESUMO

No presente trabalho, abordamos algumas perspectivas da relação entre música e sujeito, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira e em práticas de Saúde Mental Coletiva, especificamente, as práticas musicais e sonoras. Inspiramo-nos na arqueogenealogia para criar algumas ferramentas metodológicas para realização deste trabalho. Para a nossa questão sobre “a que” ou “a quem” serve a música na Reforma Psiquiátrica, a resposta foi o levantamento bibliográfico organizado em um Arquivo-teia, ferramenta que forjamos a partir da noção de arqueogenealogia, combinada à de dispositivo, das obras de Foucault. A teia que construímos, como um pedaço do dispositivo, possui linhas de enunciados e de visibilidades que se entrecruzam para sustentar certos discursos e ocupar determinadas funções em cada época. Buscamos, primeiramente, problematizar esse espaço onde a teia está suspensa, nas ações com música no contexto dos hospícios, seguindo a lógica do higienismo e disciplinamento de corpos. Com as experiências modernistas, constituiu-se uma oposição importante entre o campo do saber psiquiátrico e da criação artística. A musicoterapia também é investigada em sua história, já que ela tem uma “origem” comum às práticas musicais e sonoras em geral, além do fato de representar um saber específico sobre a relação música-subjetividade-saúde. Depois, vislumbramos o modo como as práticas musicais e sonoras serviram à Luta Antimanicomial e como foram incorporadas na Reforma Psiquiátrica brasileira como política, a partir do conceito de oficinas, dentro das lógicas e éticas da desinstitucionalização, do Paradigma da Atenção Psicossocial e da ideia de saúdesubjetividade/subjetividadesaúde. A partir de fontes documentais diversas – livros, revistas, bases de dados eletrônicas e sítios eletrônicos – encontramos experiências singulares de práticas musicais, a que chamamos de cordas ou fios da teia, que foram organizadas a partir de seu processo de trabalho: 1. musicoterapia, 2. Oficinas Musicais, 3. Trabalhos solos, bandas, corais e outros grupos musicais de variados formatos, 4. Blocos Carnavalescos, 5. Experiências de rádios. Após explanação dessas experiências, buscamos escutá-las em suas reverberações de sentido, o que nos permitiu produzir categorias analíticas, por nós denominadas de “linhas de audibilidade”, que tornaram audíveis para o pesquisador cinco diferentes dimensões de audibilidades à: dimensão clínica e técnica; dimensão expressiva, estética e artística; dimensão comunicacional, sociocultural e política; dimensão educativo-pedagógica; dimensão da transversalidade entre cultura e saúde. Tramamos estas linhas de audibilidade para dar lugar a um sentido intensivo e perceptual que os dados de pesquisa pediam passagem. E percebemos que há uma amplitude de práticas musicais e sonoras no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira que está aglutinada a partir da ideia das práticas artísticas em Saúde Mental de modo geral, mas que se encontra dispersa como campo específico de ação no referido contexto. E de que modo a música pode funcionar tanto como produtor de modos de subjetivação hegemônicos, quanto produzir novos vetores de existencialização.

Palavras-chave: Práticas musicais e sonoras, Saúde Mental Coletiva, Reforma Psiquiátrica brasileira, oficinas de música.

CARDOSO, T. M. **To what/who serves the music in the Brazilian Psychiatric Reform? Audibility Lines in the sound and musical practices of Collective Mental Health.** 2014. 184 f. Dissertation (Master's Degree in Psychology) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2014.

ABSTRACT

In this paper, we discussed some perspectives of the relation between music and subject, in the context of the Brazilian Psychiatric Reform and in Collective Mental Health practices, specifically, musical and sound practices. We were inspired by the archeogenealogy to create some methodological tools for this work. To our question of "to what" or "to who" the music serves in the Psychiatric Reform, the answer was the bibliographic organized in a File – web, tool that we forged from the notion of archeogenealogy combined with that of device, from the work of Foucault. The web we built, like a piece of the device, has lines of statements and visibilities that intersect to support certain discourses and occupy certain roles each season. We sought, first, to problematize this space where the web is suspended, in the actions with music in the context of the hospices, following the logic of hygienism and disciplining of bodies. With the modernist experiences, it was constituted an important contrast between the field of psychiatric knowledge and that of artistic creation. Music therapy is also investigated in its history, considering that it has a common "origin" to the musical and sound practices in general, beyond the fact of representing a specific knowledge about music- subjectivity-health relation. Then, we envisioned how the music and sound practices served the anti-asylum and how they were incorporated into the Brazilian Psychiatric Reform as policies, from the concept of workshops, within the logic and ethics of deinstitutionalization, the Paradigm of Psychosocial Care and the idea of “saúde subjetividade/ subjetividade saúde”. From various documentary sources - books, journals, electronic databases and electronic sites – we found unique experiences of musical practices, which we called strings or threads of the web which were arranged from its working processes: 1. music-therapy; 2. Music workshops; 3. Solo works, bands, choirs and other musical groups of various shapes; 4. Carnival Blocks and 5. Radios experiences. After discussion of these experiences, we sought to hear them in their reverberations of meaning, which allowed us to produce analytical categories, which we called "audibility lines", which made audible to the researcher five different dimensions of audibility: technical and clinical dimension; expressive, aesthetic and artistic dimension; communicational, sociocultural and political dimension; educational and pedagogical dimension; dimension of transversality between culture and health. These audibility lines serves to give rise to an intensive and perceptual sense that survey data asked for passage. And we realized that there is a wide range of musical and sound practices in the context of the Brazilian Psychiatric Reform that is bonded from the idea of artistic practices in Mental Health in general, but that is dispersed as a specific field of action in that context. And how music can function both as a producer of hegemonic modes of subjectivity as produce new vectors of subjectivation.

Keywords: Musical and sound practices, Collective Mental Health, Brazilian Psychiatric Reform, Music workshops.

LISTA DE FIGURAS

Figura I – Teia de Aranha.....	18
Figura II – Propagação do Som.....	19
Figura III - Primeira Banda Musical do Juqueri.....	32
Figura IV. Órgão feito por interno do Juqueri.....	34
Figura V. Segunda Banda Musical do Juqueri.....	35
Figura VI. Terceira Banda Musical do Juqueri.....	37
Figura VII. Imagem do Arquivo-teia.....	156

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASME - Associação Brasileira de Saúde Mental

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil

CECCO – Centro de Convivência e Cooperativas ou Centro de Convivência e Cultura

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

RPb - Reforma Psiquiátrica brasileira

SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SNAS - Secretaria Nacional de Assistência à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	1
CAPÍTULO I. O PROCESSO DE FABRICAÇÃO DE UMA TEIA.....	7
1. Uma pesquisadora enroscada à teia – o plano de sensações.....	7
2. A inspiração arqueogenealógica.....	12
3. O Arquivo-teia como ferramenta metodológica.....	18
4. Por que “linhas de audibilidade”.....	22
3. Sobre o anexo audível.....	23
CAPÍTULO II. OS FIOS DA TEIA SÃO AS CORDAS DE UM INSTRUMENTO EM FUNCIONAMENTO.....	25
1. O contexto do Hospital Psiquiátrico e de algumas práticas musicais em Saúde.....	25
1.1. <i>Higienismo e a música nos hospícios.....</i>	25
1.2. <i>Experiência disciplinar em instituição psiquiátrica e as bandas do Juqueri.....</i>	30
1.3. <i>Terapeuticidade da música.....</i>	39
1.4. <i>Um breve histórico da musicoterapia.....</i>	45
2. Contexto histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	51
2.1. <i>Histórico breve sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e a Luta Antimanicomial.....</i>	51
2.2. <i>As oficinas e as práticas musicais no contexto da Reforma Psiquiátrica.....</i>	54
A) <i>A construção histórica do conceito de “Oficina”.....</i>	54
B) <i>As oficinas no contexto das leis e portarias da Reforma Psiquiátrica brasileira.....</i>	58
2.3. <i>Da Reforma Psiquiátrica à Atenção Psicossocial.....</i>	71
2.4. <i>Saúde subjetividade, subjetividade da saúde.....</i>	80
CAPÍTULO III. A OUVIR MAIS DE PERTO ALGUMAS CORDAS DA TEIA.....	83
1. Práticas musicais e sonoras em Saúde Mental e suas singularidades: algumas experiências.....	83
1.1. <i>Corda I: Atividades de musicoterapia.....</i>	84
1.2. <i>Corda II: Oficinas sonoras e/ou musicais.....</i>	92
A) <i>Oficinas com vibração terapêutica.....</i>	96
B) <i>Oficinas com vibração para a inserção social e convivência.....</i>	98

C) Oficinas com vibração pedagógica.....	101
D) Oficinas com vibração estética.....	104
E) Oficinas com vibração transdisciplinar.....	106
1.3. Corda III: Bandas e grupos, corais e trabalhos solos de música no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.....	110
A) Bandas e grupos.....	111
Mágicos do Som.....	111
Sistema Nervoso Alterado.....	114
Cancioneiros do IPUB	116
Lokonaboa.....	118
Harmonia Enlouquece.....	120
Coletivo da Música.....	122
Hip Hop Black Confusion.....	123
Os Impacientes.....	124
Trem Tan-Tan.....	125
A) Corais.....	126
Coral Cênico “Cidadãos Cantantes”.....	126
Grupo Vocal Esperança.....	129
Projeto Loucos em Cantos.....	130
A) Trabalhos Solos.....	131
Zé do Poço.....	131
1.4. Corda IV: Blocos Carnavalescos.....	131
Coletivo Carnavalesco “Tá pirando, pirado, pirou!”	133
Bloco “Loucura Suburbana”.....	135
Cordão carnavalesco Bibitantã.....	136
Bloco “Unidos do Candinho”.....	137
1.5. Corda V: Experiências de rádios.....	137
Rádio Tam Tam.....	138
Programa Ondas Paranóicas na Rádio Cala-Boca Já Morreu.....	140
Rádio Maluco Beleza.....	141
Rádio da Gente.....	141
Rádio De perto ninguém é normal.....	142
Rádio Papo Cabeça.....	142
Coletivo da Rádio Potência Mental.....	143

<i>Webrádio Revolução</i>	144
2. Como as cordas podem vir a reverberar: linhas de audibilidade	145
CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA TEIA SEM COMEÇO NEM FIM	156
1. O Arquivo Teia	156
2. Um tema agregador - Arte e Saúde Mental	158
3. Um tema “em dispersão”: Música e Saúde Mental	159
4. “Linhas gerais” sobre o que podemos ouvir nessa paisagem sonora psicossocial em conexão-dispersão	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	166
ANEXO	182

APRESENTAÇÃO

O envolvimento da música nos processos de subjetivação e o seu lugar relevante nos hábitos socioculturais dos brasileiros, a torna um importante instrumento de pesquisa e trabalho em Saúde Mental Coletiva. Este estudo, visa contribuir com a problematização e descrição de alguns “movimentos” desses “lugares” da música no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, apontando os deslocamentos necessários para dar audibilidade e problematizar a associação quase *natural* da arte com a vida e, da música com a produção de Saúde Mental.

A partir da nossa experiência de atuação no campo da Saúde Mental Coletiva, percebemos que a música possui funções “interventivas” diversas em meio aos diferentes modos de subjetivação, principalmente no que diz respeito à Atenção a sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico e que usufruem os serviços de Saúde Mental Coletiva. Por essa razão, a música ganharia um espaço-tempo privilegiado como ferramenta de trabalho, um tipo de "dispositivo" em Saúde Mental: a oficina e as práticas artísticas. Estas oficinas e práticas artísticas, por sua vez, possuiriam formatos distintos entre si, inclusive no que remeteria aos objetivos e métodos que a sustentariam, de modo a provocar variações em seus mais diversos elementos e funções.

Em um levantamento bibliográfico preliminar sobre o tema (CARDOSO et. al., 2009), foi possível verificar que há uma infinidade de formas de se trabalhar com música na Saúde Mental Coletiva. Nesse diálogo entre música e saúde, encontram-se diversas associações referentes a técnicas *psi*, como mecanismos de ação e produção de saberes. Estudos citam com relativa frequência conceitos como “Clínica da Saúde Mental e Coletiva”, “prática terapêutica híbrida”, “operador político”, “produção estética” via oficina e outras atividades expressivas, dentre outros; termos estes que suscitariam indagações a respeito de que funções a música poderia assumir quando posicionada dentro do discurso e nas práticas da Saúde Mental: A música seria uma terapêutica? Usar música numa prática de Saúde Mental seria uma forma de se realizar clínica? Quais as formas de se realizar uma prática musical? De que modo os sujeitos se inserem nessas atividades e quais proveitos podem delas tirar? Colocar em análise essas características citadas como questões que apareceriam nos discursos sobre a música nas práticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, consistiria em interrogar o próprio sujeito e a subjetividade num arranjo discursivo mais ampliado - o da saúde e o da música como arte. De certo modo, aquilo que defende a produção de saúde, inclusive “a saúde mental”, tenta definir formas de existência consideradas saudáveis e, comparativamente, as não-saudáveis, a partir de saberes disciplinares que estruturam o arcabouço teórico-técnico e

social sobre o processo saúde-doença-cura. Neste caso, o conceito de “Saúde Mental”, a princípio, se basearia nas formas de objetivação de um suposto sujeito da Saúde Mental, a partir de seu estado de loucura ou de normalidade, noções estas instituídas socialmente como padrões mais ou menos definidos.

Para realizarmos o estudo sobre a utilização da música e das sonoridades neste campo de forças da Saúde Mental, apresentamos esta investigação teórica, caracterizada por uma pesquisa de revisão bibliográfica e documental, cujo intuito seria o de apreender os diferentes usos da música na atenção psicossocial e suas conexões entre música e subjetividade no contexto biopolítico contemporâneo, no qual também se constituiria o trabalho em Saúde Mental. Tendo em vista que o “tema escolhido é pouco explorado, [sendo] difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis” (GIL, 1999, p.43), optamos pela pesquisa teórica que teria por função preencher lacunas no conhecimento, bem como desvendar e construir quadros conceituais de referência (SANTAELLA, 2001, p.139).

Os principais locais em que ocorreram a busca de fontes foram de três tipos: *acervo material*, *acervo virtual* e *fontes extraídas da interlocução social e acadêmica*. No que diz respeito ao *acervo material*, foi realizada buscas nas seguintes instituições: Biblioteca “Acácio José Santa Rosa” da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista - Campus de Assis; Biblioteca do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Arquivo de “Mário de Andrade” no Centro de Estudos Brasileiros da Universidade de São Paulo. No que concerne ao *acervo virtual*, foi realizado buscas nos seguintes sítios eletrônicos: Bireme BVS-Saúde, Scielo, Google Acadêmico, Medline, Dédalus-USP, Athena-Unicamp, Scielo, Google Acadêmico, Bancos de tese e dissertações da Unesp, Usp, Unicamp, Fiocruz, UFRJ, UERJ e outras teses/dissertações encontradas indiretamente a partir de busca no Google acadêmico, do acesso livre à internet ou via Escritório de Pesquisa e Laboratório de Informática da Pós-graduação da Unesp – FCL – Assis. Sobre as *fontes extraídas da interlocução social e acadêmica*, podemos citar anais de eventos científicos, fontes relacionadas a apresentações e congressos em eventos de outros tipos, assim como textos e indicações de leituras apontadas por professores e estudiosos de temas correlatos. Após a identificação das obras, foi realizada a leitura e seleção de textos, artigos e livros que tratassem das questões relacionadas à música e Saúde Mental Coletiva, sendo estes materiais os norteadores dos percursos desta pesquisa.

De posse do material bibliográfico, a leitura teve por objetivos a identificação de informações e dados constantes no material, o estabelecimento de relações entre informações e dados obtidos com o problema proposto e a análise da consistência das informações e dados

apresentados pelos autores (GIL, 1999). Isso se realizou a partir de uma lógica mais ou menos sequencial: “leitura exploratória” – para o primeiro contato com o material; “leitura seletiva” – para a escolha do material relevante à pesquisa; “leitura analítica” – para identificar as intenções dos autores; “leitura interpretativa” – para relacionar as afirmações dos autores com a problemática levantada pela pesquisa (id, p.79).

O que procuramos analisar foi de que modo se assegurariam teleológica e teoricamente as práticas de música em Saúde Mental Coletiva relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Para tanto, pesquisamos elementos constitutivos dos discursos sobre as respectivas ações em seu encontro com a experiência do sofrimento psíquico, para posteriormente serem constituídas categorias de análise, as quais denominaríamos de “linhas de audibilidade”, sob a inspiração da noção de “dispositivo” a partir de Deleuze e Foucault.

No capítulo I, demonstramos como nos inspiramos na arqueologia e genealogia propostas por Foucault para a nossa proposta de compreensão das práticas de música em Saúde Mental, em seus mais diversos aspectos. Explicitamos ainda as diferentes perspectivas teórico-conceituais do trabalho com música e sua relação com a Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), a fim de produzir um “arquivo” brasileiro de escritos sobre a música na RPb, cujo levantamento bibliográfico em fontes tais como livros, artigos científicos e documentos configurariam um “desenho” em formato de rede denominado por nós Arquivo-teia.

Combinamos a arqueologia e genealogia em nossos procedimentos de levantamento, organização dos dados e criação de categorias analíticas, para o estabelecimento de nosso “método” de caráter histórico-crítico, por meio do qual buscamos analisar a atualidade histórica das práticas musicais em Saúde Mental, desde as primeiras experiências registradas em trabalhos com música nos Hospitais Psiquiátricos até os dias atuais, a partir de um levantamento bibliográfico detalhado. Para Foucault (2000), as pesquisas histórico-críticas que se refeririam a um material, época, corpo de práticas e discursos determinados seriam fundamentais para a consistência de um determinado campo de saber, sendo sua orientação voltada à análise e reflexão a respeito dos limites de tal campo numa dada configuração histórica, o que possibilitaria também a apreensão de pontos de ruptura e transformação.

A genealogia, cuja proposta remete à busca meticulosa das discontinuidades históricas que produziriam certo saber como verdadeiro, associada à arqueologia, que procuraria a formação e aparecimento dos sistemas de pensamento por meio dos discursos em sua localização e transformação em práticas sociais mediadas pelas instituições, apresentaram

parâmetros e fundamentos metodológicos para nos guiar em nossos objetivos. O intuito de “dar enunciabilidade” aos discursos que apareceriam em maior ou menor grau e “visibilidade” às práticas que se desenvolveriam a partir desses discursos, tem por base fundamentar e definir as funções da música formatadas em determinados modos de intervenção na Saúde Mental Coletiva, fazendo emergir dessas práticas, as linhas de audibilidade responsáveis por nos fazer ouvir e sentir as diferentes dimensões que a música adquiriria no decorrer da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A proposta de nos referenciar em Foucault possibilitou utilizar seus conceitos como ferramentas guerrilheiras de modo a se equipar e se precaver para as pesquisas e levantamentos de dados como forma de treinar o olhar, a escuta e leituras para a construção de uma visão atenciosa das relações configuradas em nosso objeto de estudo no “passado-presente”. Mesmo que tenhamos alcançado uma espécie de caminho metodológico que não faz nada além da “interpretação das interpretações”, aproveitamos da arqueologia a materialidade discursiva que nos instrumentalizaria para ouvir, dentro do dispositivo, as linhas de audibilidade.

Estabelecemos um período para a produção deste arquivo – a partir da Reforma Psiquiátrica – mas sem desconsiderar o fato de que, foi a partir do início do século XX que se começou a desenhar no Brasil uma articulação importante entre arte e saúde, com o estabelecimento das primeiras práticas musicais em manicômios, como podemos ver na primeira parte do Capítulo II. Os escritos do psiquiatra Carvalhal Ribas, que pesquisava as aplicações da música na Psiquiatria e de Mário de Andrade, ícone do modernismo e da musicologia dessa época, nos serviram como recortes documentais/discursivos principais desse período, para compreender como a higiene mental, a psiquiatria e posteriormente a Saúde Mental se apropriariam da música de maneira mais contundente.

Ocorreu que, ao investigar historicamente a utilização da música voltada à “saúde psíquica”, configuraram-se outras perspectivas como, por exemplo, as características da música atribuídas às reações subjetivas que provocaria e produziria bem e mal-estar, o uso da música para tratamento de moléstias físicas e mentais e a sistematização dessa pela meloterapia e farmacopeia musical. Este histórico das práticas musicais em Saúde Mental de modo geral, se cruza com a história da musicoterapia, abordada aqui como ciência e profissão que atuaria especificamente nessa tríade música-subjetividade-saúde.

Elucidamos ao longo da segunda parte do Capítulo II, de que maneira as conquistas alcançadas pela Luta Antimanicomial estabeleceram a Reforma Psiquiátrica como política. A Luta Antimanicomial e seu movimento, pelo fechamento dos manicômios e interrupção de

suas práticas, possibilitou a instituição de uma nova lógica de Atenção junto aos sujeitos em sofrimento psíquico. Nessa conjuntura, as práticas musicais e artísticas se constituíram, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, como práticas alternativas aos modelos manicomiais de assistência em saúde. Portanto, as práticas musicais e as artísticas em geral seriam consideradas, na Saúde Mental Coletiva, uma produção inovadora – e uma realidade normatizada e defendida pelas políticas públicas –, as quais dariam corpo às dimensões técnico-assistencial e sociocultural da RPb (AMARANTE, 2007) como forma de construção de um novo lugar para os sujeitos em sofrimento psíquico e de criação de novas ofertas a esta população.

As “oficinas”, nomenclatura utilizada para sintetizar toda a multiplicidade de práticas artísticas em Saúde Mental Coletiva, aparecem definidas em leis e portarias como atividades realizadas em várias modalidades de serviços de Saúde Mental e de outros setores, em seus mais diversos formatos e processos de trabalho permeados pela complexidade de funções a que elas devem responder neste campo. O respectivo campo de atuação em Saúde Mental Coletiva apresenta atualmente novos paradigmas. Enquanto que o paradigma hegemônico e tradicional ao modo asilar, que inclusive perduraria em algumas práticas até hoje seria o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador, a partir dos marcos da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica as práticas deveriam se direcionar a uma nova forma de Atenção, referente ao Paradigma da Atenção Psicossocial. Na Atenção Psicossocial, o sujeito seria o “produtor” de sua saúde, no sentido de falar e produzir por si mesmo enquanto a instituição o acompanharia de maneira desinstitucionalizada em tal processo. Neste Paradigma Psicossocial, a saúde e a subjetividade seriam tomadas como instâncias inseparáveis, como condicionantes uma da outra, tal como abordaria o conceito de saúdessubjetividade e/ou subjetividadessaúde.

Este momento de transição de Paradigmas consistiria no espaço em que se constituiria suspenso nossa teia, a qual simultaneamente constituiria um instrumento que funcionaria em um agenciamento – o da biopolítica. Esta teia, entretanto, seria “puxada” de um dispositivo, e seria no capítulo III que nos aproximaríamos das práticas musicais, ou seja, dos fios do Arquivo-teia propriamente dito, os quais denominaríamos de cordas.

Devido ao fato de encontrarmos uma infinidade de práticas musicais e sonoras de diferentes naturezas na literatura científica e na de amplo acesso, separamos tais práticas as organizando em “cordas” específicas em comum: Musicoterapia; Oficinas Musicais; Trabalhos solos, bandas, corais e outros grupos musicais de variados formatos; Blocos Carnavalescos e Experiências de rádios. Salientamos que a observação de abordagens e temas

mais frequentes não negligenciou o aparecimento de perspectivas singulares, pois estas também constituíram importante material para análise pelo seu grau de dissenso, pela consistência teórica que eventualmente apresentou ou por se caracterizar como ponto de inovação no campo.

Pautados pelo levantamento, organização dos dados levantados e criação de categorias analíticas, reunimos diferentes abordagens nas práticas musicais e sonoras na Reforma Psiquiátrica brasileira, organizando-as por temas em comum recorrentes nos diversos textos, sendo que, em cada um, foi possível constituir a corda tendo como referência às intensidades singulares extraídas da e na pesquisa - por *vibrações*, reverberações e outras percepções abordadas por tema. Em posse desse material, elaboramos enfim as categorias analíticas que denominaríamos “linhas de audibilidade”, as quais dariam voz à dimensão perceptual/sensitiva da pesquisa e do campo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O Arquivo-teia nos evidenciaria, a partir das linhas de audibilidade dos processos que configurariam as referidas práticas, o modo como as ações em Saúde Mental Coletiva, mesmo que ainda dispersas, se apresentariam imbricadas e conectadas entre si a partir de um núcleo de trabalho em comum com a música.

Este estudo, que visaria contribuir com a problematização e descrição de alguns “movimentos” desses “lugares” das práticas musicais e sonoras no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, procurou apresentar os deslocamentos necessários para “dar audibilidade” e problematizar a associação entre música e Reforma Psiquiátrica brasileira, bem como da música como produção de saúdessubjetividade, tanto numa perspectiva adaptacionista do sujeito à realidade e à sociedade, quanto numa perspectiva singularizada, constituinte de novos vetores de existencialização.

CAPÍTULO I. O PROCESSO DE FABRICAÇÃO DE UMA TEIA

“Não é me dominando assim
Que você vai me entender.
(...) Nos perderemos entre monstros
Da nossa própria criação...”
Legião Urbana, Será.

1. Uma pesquisadora enroscada à teia – o plano de sensações

Diferente de tentar explicar o porquê de a “pesquisadora” passar a estudar tal “objeto” de acordo com sua “história pessoal”, a genealogia, que serve de inspiração metodológica para essa dissertação, requer que o pesquisador considere o plano histórico no qual está inserido e as forças que o atravessam, remetendo assim às condições de possibilidades do problema que se coloca e à perspectiva a partir da qual será abordado. Como nos ensina Nietzsche, existe unicamente um ver e um conhecer perspectivista, nascidos dos afetos (NIETZSCHE apud LIMA, 2009). Nesta compreensão de produção de conhecimento, o sujeito do conhecimento e objeto a ser conhecido são produzidos numa mesma relação de forças e reconfigurados pelo próprio processo de conhecer (MACHADO, 2010).

O contato com a música se iniciou na história da pesquisadora pela experimentação de brinquedos e instrumentos musicais, pelos cantos e danças populares de expressão rural, folclóricas e religiosas da região em que viveu. Tendo ingressado à educação formal em escola livre de música e em conservatório, passou por algumas experiências de performance individual e em grupos e bandas musicais, nos mais variados contextos e estilos, executando principalmente teclado e piano.

Decidiu se graduar em Psicologia e logo no primeiro ano de graduação, a pesquisadora em formação se deparou com o conceito de “Saúde Mental”, por intermédio das discussões sobre a temática da Luta Antimanicomial. Com o mote da luta por cidadania e por espaços de expressão da loucura e de produção de si mesmo em liberdade, esse contexto estimulava alguns diálogos entre psicologia e música, em práticas de oficinas, grupos artísticos, bandas e atividades musicais diversas nas quais os participantes eram usuários de serviços de Saúde Mental. Na medida em que foi sendo chamada a explorar este diálogo entre a prática musical e uma possível dimensão *psi*, começou a esboçar-se uma inquietação que levou à pesquisa.

Um levantamento inicial sobre o tema levou à realização de inúmeros estudos no campo das neurociências, e à construção de um projeto de pesquisa de iniciação científica, que relacionava a música a aspectos neuropsicológicos. Contudo, a procura por essa interrogação a respeito do que a música suscitava no psiquismo, na saúde e na vida não foi

satisfeita ou apaziguada pelo que fora encontrado na inteligível e positivista resposta pela via da funcionalidade da música no campo neurocientífico¹.

Dentre os estágios curriculares de graduação oferecidos no Curso de Psicologia da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Campus de Assis, a então estudante ingressou ao que seria realizado em uma instituição educativo-assistencialista para adolescentes e crianças consideradas em situação de “risco social e pessoal”, o qual envolveria a Psicologia Escolar e Social e Análise Institucional. Neste estágio foi realizada em parceria com outro estudante² uma oficina intitulada “Inventa Som”, que tomaria a música e o som como algo imanente às paisagens que habitamos e ao nosso cotidiano – inspirados na noção schafferiana de paisagem sonora. Tal serviço consistia em uma oferta que a universidade previamente apresentaria à instituição, e que seria, contudo, reconfigurada na medida em que os participantes manifestaram suas aspirações e desejos. Ao vislumbrar este processo pelo qual o grupo se (re) constituiria na oficina, de modo a romper com o modelo de atividade de oficina previamente configurada a um suposto público a quem ela se dirigiria, uma pergunta surdiu – a que(m) se destinava essa oficina?

Nesta mesma Universidade, um docente junto a outro aluno realizaram um projeto de “Oficina de Jongo” em parceria com um ponto de cultura da cidade de Assis³. A proposta era o resgate histórico do ritmo considerado “avô do samba” e de sua tradição quilombola, além de treinar a execução do ritmo, canto e dança em roda de Jongo. Dirigida ao público da universidade e da comunidade, a oficina teve poucos inscritos, bem como comparecimentos aos encontros, o que fez com que não tivesse continuidade. Novamente, a pergunta retorna – a que(m) se destinou essa oficina? Por que não vingou?

Neste período surgiu uma oportunidade de trabalhar em uma iniciação científica⁴ sobre a dimensão filosófica do encontro entre música e psicologia, estabelecendo relações entre o sujeito e os processos de subjetivação. Neste estudo, à música foi relacionada ao pensamento da filosofia contemporânea e tomada como elemento na constituição subjetiva,

¹ Os trabalhos de Fabiana Silva Ribeiro e Flávia Heloísa dos Santos seguiram nessa direção temática e obtiveram resultados interessantes.

² A oficina era coordenada pelos psicólogos, então estudantes de psicologia André Marques Vilela e Tânia Marques Cardoso, e supervisionada pela docente Soraia Georgina Ferreira de Paiva Cruz, e produzida conjuntamente com as crianças e adolescentes de uma instituição filantrópica – o Centro Vocacional “Frei Paulino” de Cândido Mota, que nos cedeu espaço para a prática. Nossos agradecimentos a estes atores.

³ O professor que nos fez o convite foi Roberto Y. Sagawa e o aluno, o psicólogo Ricardo Gonçalves Conceição. Agradecemos a ambos pelo desejo de produção compartilhado e ao Galpão Cultural de Assis, pelo espaço cedido.

⁴ A iniciação científica teve como título “A música como expressão da biopotência nos modos de subjetivação da contemporaneidade: Um estudo dos conceitos de resistência ao biopoder, por meio da estética da existência relacionada à música”, e foi orientada pelo professor Hélio Rebello Cardoso Jr. e contou com o apoio financeiro da Fapesp, no período de 2008 a 2009. Nossos agradecimentos aos envolvidos nessa pesquisa.

segundo as obras de Guattari, Deleuze, Foucault e autores afins. Construiu-se um arranjo conceitual entre estes pensadores, acrescentando a problemática da musicoterapia como um desdobramento do saber *psi* e como nova terapêutica que leva as últimas consequências a especialização da relação música-saúde. A partir destas leituras, se notou os perigos de se estabelecer uma relação direta e simplificadora entre música e psique, que tanto se havia procurado durante a graduação. A díade música-psicologia parecia reduzir a experiência musical e o psiquismo, de modo a tornar natural a associação entre música e saúde mental. Isto fez com que se recuasse para uma questão anterior: a procura pela produção histórica desta associação.

Outro estágio em um Centro de Atenção Psicossocial II voltado à formação clínica em Psicoterapia, aproximou-se mais do campo da Saúde Mental Coletiva. Nesse estágio, por meio dos espaços constituídos no CAPS – oficinas acontecendo, reuniões de equipes, “usuários” crônicos e não-crônicos na “convivência/ambiência” – foi possível entrar em contato com o público que utiliza essa modalidade de serviço. Este contato requereu que se prosseguisse na prática junto a essa conflitiva, que impunha à pesquisadora como questão de trabalho: a da potência de vida do “enlouquecer”, e, ao mesmo tempo, da “loucura” como adoecimento no projeto da modernidade.

Com a entrada no Programa de Pós-graduação *lato sensu* em Aprimoramento Profissional da “Fundação do Desenvolvimento Administrativo” em “Planejamento e Administração de Serviços de Saúde” da Universidade Estadual de Campinas, foi possível trabalhar em serviços de Saúde Mental, com a supervisão prática e teórica da universidade, com base na Saúde Mental e Coletiva. Nesta experiência de formação interprofissional, se pôde experimentar estar em diversas modalidades de Oficinas, para além das práticas tradicionalmente inerentes ao campo *psi*, em um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS - 24 horas), e instituições que não se limitariam à saúde, como um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO).

No CECCO, se buscou uma inserção na equipe como forma de estabelecer mais parcerias entre CAPS e CECCO e se percebeu ali um espaço de produção de subjetividades e de criação para além do estrito campo da saúde. Em parceria com aprimorandos de Terapia Ocupacional de outra universidade e com a equipe, foi possível retomar e criar novas ofertas de atividades, como o “Grupo de Teatro” e o “Grupo de Cinema”. Apostava-se nessa oferta, não só voltada ao público de ambos os serviços, mas na formação de parceiras para sustentar

o CECCO em termos de recursos humanos e materiais. Retorna assim a indagação: para que(m) essa(s) oficina(s)?⁵

No CAPS, ocorreria ainda uma experiência de Oficina Musical: o Grupo de Música⁶. Este grupo fora interrompido à conta de sua antiga coordenadora não estar mais presente no CAPS III em questão, e teria sido posteriormente por mim reativada, a então psicóloga desta instituição. Era um grupo aberto, realizado em espaços coletivos do CAPS no contexto da ambiência/convivência, cuja proposta se efetuaria como um espaço de produção de subjetivação e encontros entre os sujeitos. Diferente do *modus operandi* anterior, em que havia uma pasta com letras das músicas mais repetidas a cada oficina – numa proposta de organizar a atividade correlata à produção de uma suposta “organização psíquica” – a pasta seria abandonada, provocando incômodo a alguns e abertura a outros sujeitos. Outra característica do processo se modificou: a coordenadora anterior da Oficina mantinha posse do único instrumento (violão) e o manejava na maior parte do tempo ao acompanhar os sujeitos cantando. Na nova proposta, o instrumento circularia, além de acrescentar outros tipos como pandeiro, meia-lua, tom de bateria dentre outros. Algumas cenas desta nova configuração seriam dignas de serem mencionadas – havia momentos em que os participantes da oficina queixavam-se de que precisariam da pasta para lembrar “corretamente” as músicas cantadas “preferidas”, e ao ser aberta a possibilidade de se cantar qualquer música, vários optariam por cantar àquelas mesmas músicas contidas na pasta. Em diversas vezes muitos usuários se reprovavam pelo fato de que, em algumas frases, ocorriam “erros” ou improvisações, já que não contavam com a letra para cantar, o que consideravam “certo” e “organizado”.

A atividade em si também causava cenas de expressão de intenso “mal-estar”: alguns sujeitos do CAPS que estavam “em crise” e usando o “leito-noite”, pediam para que os participantes do grupo parassem de cantar e tocar, pois estavam incomodados com o “barulho”, ou até mesmo associavam músicas e pessoas aos delírios e alucinações que sentiam. Outra cena que se repetiria seria a de participantes questionando se poderiam inventar músicas e improvisar na oficina ou se teriam que cantar somente músicas conhecidas por todos, pois, poderia ficar muito “desorganizado”. Quando problematizado com os participantes, o grupo ficava dividido entre a reprodução do sabido e a produção do novo e

⁵ As ofertas foram realizadas pela pesquisadora deste mestrado em parceira dos terapeutas ocupacionais Deleon Rodrigo Castro e Welder do Nascimento da Silva, do educador social Ney Moraes e do psicólogo Odilon Augusto Almeida Correa. Nossa gratidão a estes profissionais e ao CECCO “Toninha”, pelo espaço cedido e parceria.

⁶ Essa Oficina foi enviada para publicação nos anais do Congresso Brasileiro de Saúde Mental (ABRASME), sob o título de “Sobre música e subjetividade: relatos de experiências em CAPS III”.

desconhecido – aí se percebe que, entre o movimento em relação a um território da identidade e a ação desterritorializadora, estaria o sujeito e seu modo de se subjetivar. Ou seja, só retornaria o que poderia voltar como transformação: os sujeitos demonstrariam, à primeira vista, uma fixidez identitária que os ajudavam a organizar a atividade em certa medida. Esta reprodução do sabido mostrou-se produtora de novos modos de subjetivação, no momento em que o repertório musical e o andamento da atividade foram colocados em questão no coletivo, o que permitiu a invenção. Não obstante, novamente, interroga-se: que oficina foi essa, que efeitos se produziram a partir dela e a que(m) se destinou?

Posteriormente, foi realizado um trabalho na Atenção Primária junto a duas Unidades Básicas de Saúde (UBS ou Centros de Saúde/C.S.), nas quais uma estaria inserida na proposta da Estratégia Saúde da Família e outra em um modelo próprio de funcionamento. Nestes trabalhos foi possível experienciar outra realidade em Saúde Mental, na qual a atenção, promoção e prevenção/educação em saúde seriam as principais tarefas do cotidiano, em contraposição à encomenda social, cuja atuação consistiria principalmente em tratamento individual para remissão de sintomas. Dentre os diversos trabalhos grupais desenvolvidos, à guisa de exemplo, foi realizado um “Ateliê Aberto” e o “Grupo Brincar”, e mais uma vez, retornaríamos à pergunta: que funções possuem essas oficinas?⁷

Enfim, este seria o contexto de onde a pesquisadora lançaria seu olhar, com seus focos e pontos cegos, o que demonstra que a presente dissertação se construiria a partir das imersões constituídas tanto pelo conhecimento formal, teórico e técnico musical, quanto pela formação em psicologia, em suas mais diversas experiências como em modalidades de Oficinas musicais e sonoras, mais ou menos exitosas, em diferentes contextos de formação e trabalho em equipamentos de saúde - e por isso, inseridas na trama de saberes e poderes que fomentariam a Atenção Psicossocial e a Saúde Mental Coletiva no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas várias instituições. Esta imersão no referido meio acabaria por instituir um ponto de vista, um lugar a partir do qual se olha, se pensa e se *escuta*, o que demonstraria o quanto não há neutralidade do pesquisador em relação ao seu objeto de pesquisa. Esta seria uma prerrogativa da pesquisa de inspiração arqueogenealógica⁸, a qual

⁷ Estas práticas grupais só foram possíveis graças às parcerias de: enfermeira Rita Gallo e da agente comunitária Lúcia Mangieri coordenando o “Ateliê” e, da profissional da enfermagem Ieda Alcione Paes, coordenando o “Brincar”, além de outros profissionais da equipe e gestão dos C.S. Vila Ipê e Figueira envolvidos indiretamente nos grupos. A estas pessoas e instituições, nossos agradecimentos.

⁸ Buscando uma palavra que conectasse as duas perspectivas de pesquisa, encontramos este termo “arqueogenealogia” no texto “Formação discursiva como conceito chave para a arqueogenealogia de Foucault” de Inês Lacerda Araújo, que fala que não há um corte entre genealogia e arqueologia em Foucault, mas que um fornece material ao outro. Para mais informações, acesse: <http://www.unicamp.br/~aulas/numero3.htm>.

nos serviria de inspiração para este estudo, como forma de crítica da atualidade e de investigação do como algo se torna o que é e quais são as diferenças que anuncia.

2. A inspiração arqueogenealógica

Para investigar traços da constituição da atualidade histórica do uso da música no contexto da Saúde Mental, inspiramo-nos nas propostas de Foucault que pressupõem que o “historiador” não se coloque na posição positivista da neutralidade, mas demonstre o seu envolvimento com os fatos e os jogos de interpretações que constituíram determinadas coisas (IORI-GARCIA; CORREA; ROCHA; FRANÇA, 2007). A genealogia como conceito e método tem sido adotada em diversas pesquisas no campo das Ciências Humanas e das Ciências da Saúde, como a Filosofia, a História, a Psicologia, a Terapia Ocupacional entre outras. Em geral o *método genealógico* é utilizado em pesquisas históricas que buscam investigar a emergência de processos, formas de vida, instituições, tendo Nietzsche e Foucault como autores de referência. Os direcionamentos da genealogia e da arqueologia nos serviram de inspiração para construir o método desse trabalho, por isso, teceremos antes, uma breve explanação sobre essa forma de fazer pesquisa.

A genealogia se constituiu em certa metodologia, entendida como um caminhar do espírito que cria procedimentos para a conquista de conhecimento (LABARRIÈRE, 1990). Nietzsche propõe à genealogia uma ideia de investigação do que está implicado em uma herança, que caminha em três diferentes direções. A primeira, caracterizada pela busca das pluralidades – e não unidades – que constituíram as marcas históricas da geração atual. A segunda direção, voltada para a investigação das “pistas” sobre o surgimento do que produziu a herança, preserva de certa maneira o sentido de busca de saberes sobre a origem do que existe, o que impetra ao genealogista a meticulosidade na coleta de dados. Por fim, a pesquisa genealógica leva em consideração o genealogista como parte daquilo que investiga, já que o solo de sua pesquisa é o mesmo que fez emergir o tempo em que se move (PASCHOAL, 2000).

Em nossa pesquisa, procuramos por práticas sonoro-musicais na Saúde Mental Coletiva que se apresentaram plurais e diversas em seus objetivos, nos métodos e processos que, de qualquer maneira, impossibilitaria a construção de uma “unidade” ou sentido único para a prática referida. Traçamos algumas perspectivas das “marcas históricas” a partir das “pistas” que a própria história das práticas musicais na Reforma Psiquiátrica brasileira nos dariam por meio do arquivo, o que nos levaria a encontrar não uma origem da utilização da música em Saúde Mental, mas algumas descontinuidades e emergências dessa utilização.

Ao se colocar na busca da origem, o genealogista, ao invés de encontrar a verdade perdida no passado, descobre a vontade de poder que marcou uma coisa e as disputas que a engendraram, fazendo da genealogia uma ação crítica e criadora concomitantemente (NIETZSCHE, 1998). Nesta perspectiva, a história de uma coisa é o registro da sucessão de forças que dela se apoderou e a variação de sentidos que ela adquiriu (DELEUZE, 1976). As forças criam sentidos aos fenômenos, formando domínios de saber; neste caso, a interpretação genealógica se coloca para inverter ou evidenciar o sentido dessa interpretação dominante.

O genealogista precisa poder olhar para aquilo que lhe parece mais familiar a partir de olhos estrangeiros. O saber que interessa ao genealogista é perspectivo, o que lhe permite dizer desde onde seu olhar se lança. Díspar do procedimento tipicamente positivista, em que o pressuposto da neutralidade e da divisão entre sujeito do conhecimento e objeto a ser conhecido é a regra, o procedimento genealógico não pretende fazer apenas uma apresentação dos fatos, mas explicitar um envolvimento junto a esses, no jogo das interpretações (IORI-GARCIA et al., 2007). O estabelecimento da genealogia de Nietzsche como estratégia para desenvolver um método de estudo dos seres humanos e de investigação “da situação atual da nossa sociedade” (DREYFUS e RABINOW, 1995, p. 117), seria uma das contribuições de Foucault à genealogia, aproximando-a a sua Arquelogia.

Em seus primeiros textos, Foucault volta seu olhar à fundamentação metodológica e conceitual das teorias psicológicas e de outras disciplinas que tomariam o homem como objeto de conhecimento. Foucault (1981) acompanha Nietzsche para pensar a história, não em sua dimensão monumental e de totalização, mas como instrumento privilegiado da genealogia, reintroduzindo no tempo o inconstante, o intempestivo e o devir, o que o faria retomar os textos nietzschianos para discutir a ideia de genealogia como busca da origem, como se vê no texto “Nietzsche, a genealogia e a história” (FOUCAULT, 1981). O que está em jogo aqui é um trabalho de diferenciação entre a busca da origem como busca metafísica da essência da coisa, sua identidade anterior a qualquer acontecimento, e nesse entremeio, o trabalho do genealogista. Este último, ao buscar a origem da coisa, descobre que aquilo que aparece como sua essência seria construído, peça por peça e a partir de figuras que lhe eram estranhas. Com as noções de “emergência” e “proveniência”, Foucault introduz a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo (a proveniência), assim como a entrada em cena das forças (a emergência). A genealogia volta-se, assim, para a pesquisa da proveniência, que revela a mobilidade daquilo que se tornou imóvel por meio da naturalização histórica, bem como a fragmentação do que permanecia total e inteiro, abalando a segurança originária da impecabilidade e descobrindo invenções e escolhas envolvidas nos

eventos da história. Foucault assume a genealogia de Nietzsche como alicerce para o desenvolvimento de um método que admitisse “tematizar a relação entre verdade, teoria, valores, instituições e práticas sociais” (RAMOS, 2011, p.22).

Na genealogia, o acontecimento histórico é o caminho para o método; durante seu percurso aparecem *regimes de visibilidade* e de *enunciação* não abordados pela história oficial. É no próprio jogo de forças que os acontecimentos se tornam visíveis e enunciáveis. Em nosso trabalho, forjamos as “linhas de audibilidade”, para tornar “audíveis” algumas *intensidades/sensações* da história e dos jogos de força implicados na prática musical em Saúde Mental. As “linhas de audibilidade” se propõem a evidenciar naquilo que pode ser visto e dito, dimensões sonoras sensíveis que estão além ou aquém da linguagem que dá sentido à experiência e a torna inteligível. Estas linhas de audibilidade constituem a virtualidade da audição daquilo que não necessariamente é inteligível, abrindo no *dispositivo* um campo para o perceptivo, o intensivo, a fruição. Estas linhas, porém, são indissociáveis dos regimes de visibilidade e de enunciação: a dimensão de audibilidade abrange e é abrangida pela dimensão de dizibilidade, mas não se restringe a ela. O que se quer introduzir com as linhas de audibilidade, seja nas dimensões de dizibilidade ou de visibilidade, é uma dimensão sonoro-perceptual (sensitiva), para além do sentido das palavras e das coisas.

Ao dar visibilidade a algumas práticas discursivas e *audibilidade* a algumas práticas sonoras que constituiriam essa relação de força – entre música e Saúde Mental na RPb – nos detemos ao fato de que não há nada ali para ser descoberto, ou desvelado em sua essência. O trabalho genealógico não desvela uma suposta realidade exata e essencial nem pesquisa os fundamentos originários das ocorrências históricas, uma vez que os fatos não são intocáveis ao longo do tempo. Conforme Foucault, procurar a origem como fundamento é apostar no reencontro daquilo

‘que era imediatamente’, o ‘aquilo mesmo’ de uma imagem extremamente adequada a si; é tomar por acidental todas as peripécias que puderam ter acontecido, todas as astúcias, todos os disfarces; é querer tirar todas as máscaras para desvelar enfim uma identidade primeira. (...) A alta origem é o ‘exagero metafísico que reaparece na concepção de que no começo de todas as coisas se encontra o que há de mais precioso e de mais essencial’: gosta-se de acreditar que as coisas em seu início se encontravam em estado de perfeição (FOUCAULT, 1996, p.18, grifos do autor).

A genealogia, por outro lado, diz Foucault, nos mostra que “o que se encontra no começo histórico das coisas não é a identidade ainda preservada de sua origem – é a discórdia entre as coisas, o disparate” (FOUCAULT, 1981, p. 18). Para o autor, fazer a genealogia de uma coisa ou acontecimento não é buscar sua origem, mas ao contrário, “se demorar nas

meticulosidades e nos acasos dos começos” (id., p. 18), buscando aí os abalos, as surpresas, as rupturas, as incongruências. A pesquisadora, que possuía um olhar com pontos focais e também cegos a respeito das origens do uso da música na Saúde Mental Coletiva, precisou realizar também tal busca de modo a se delongar na pesquisa histórica da música na Saúde Mental que antecede à Reforma Psiquiátrica brasileira. Nessa busca, os próprios dados encontrados mostrariam as rupturas e reencaixes mais ou menos “à força” que as condições históricas exerceram sobre tais práticas.

A arqueologia desdobra-se em uma genealogia, configurando-se em um método que conta com a possibilidade de explorar as relações entre corpo, saber e poder. Neste referencial, tanto o sujeito quanto a verdade e o saber são invenções históricas, o que diverge da proposta científica da modernidade, de produzir um conhecimento universal que revelaria a essência e a verdade do sujeito e/ou objeto pesquisados. Na genealogia não há verdades a serem desveladas, mas há jogos de interpretações, de modo que ela seria a história das interpretações (FOUCAULT, 2000).

Em suas pesquisas, Foucault priorizou os documentos esquecidos, pergaminhos embaralhados, rabiscados e empoeirados “mas que diziam muito a respeito das lutas travadas para que determinado saber fosse ou não vencedor, adquirindo ou não legitimidade social” (RAMOS, 2011, p.2340). Ao se debruçar sobre arquivos, Foucault não estava à caça da derradeira verdade, mas se interessava em apreender o que une e o que separa diferentes documentos do arquivo em catalogação, a que função essa organização de arquivo obedece, quais jogos de saber e poder foram validados como discurso verdadeiro em cada contexto e época e que relações foram sendo estabelecidas entre a produção de conhecimento, dos corpos e de modos de viver (DREYFUS e RABINOW, 1995).

Nesta empreitada o autor acabou por encontrar conteúdos históricos que foram sepultados ou mascarados no interior dos discursos validados, bem como saberes particulares ou locais que estavam desqualificados como saberes insuficientes ou hierarquicamente inferiores frente ao saber científico. A esses dois grupos de discursividades Foucault (1999) denominou saberes sujeitados, indicando que a genealogia seria uma espécie de empreendimento para desassujeitar os saberes e torná-los capazes de oposição e de luta contra a coerção dos discursos instituídos, que centralizam os efeitos de poder, considerando que discursos são também práticas. Por essa razão, durante as nossas pesquisas, quando não encontramos textos acadêmicos ou científicos sobre o nosso objeto, lançamos mão de discursos minoritários e não-oficiais, o que nos trouxeram outras dimensões mais locais, específicas e singulares das práticas em Saúde Mental Coletiva.

Em relação à distinção entre genealogia e arqueologia, Foucault (1999, p. 16) no curso de 1975 do Collège de France afirma que “a arqueologia seria o método próprio da análise das discursividades locais, e a genealogia, a tática que faz intervir, a partir dessas discursividades locais assim descritas, os saberes desassujeitados que daí se desprendem”. A princípio, a proposta de Foucault denominada de Arqueologia se dividia em dois momentos: o do estudo histórico e o estudo dos problemas metodológicos. O estudo histórico volta-se para a pesquisa das condições de possibilidades da produção de saberes e disciplinas sobre o homem moderno. A articulação do nascimento das disciplinas e dos saberes às relações de poder, a análise das práticas institucionais e do engendramento mútuo entre saber e poder para adestrar os corpos, disciplinar as condutas e normatizar os prazeres tornam-se, assim, problemas a serem pesquisados (OROPALLO, 2005). O estudo da história do pensamento humano e das práticas discursivas, a partir da Arqueologia, não as regulariza ou lineariza, divergindo da lógica das continuidades e visando criar condições para compreender a emergência e as rupturas ao nível dos saberes (RAMOS, 2011).

O termo *práticas discursivas* refere-se aqui tanto a performance verbal/escrita quanto ao que é dito sobre um signo ou mesmo fatos linguísticos que manteriam distanciamento em relação à história dos conhecimentos, origem da racionalidade e da epistemologia de uma ciência. No *método arqueológico*, a história documentada tem, em seus arquivos, material a ser detalhadamente contemplado, levando-se em conta sua forma de organização em conjuntos sistematizados, o que tomaríamos como direcionamento para a produção de nosso material. No jogo dos enunciados, as relações de poder e práticas de saber incidem sobre as palavras e sobre as subjetividades. O nível enunciativo é limítrofe da linguagem – “o súbito aparecimento de uma frase, o lampejo de sentido, o brusco índice de designação surgem sempre no domínio de exercício de uma função enunciativa” (FOUCAULT, 1996, p. 130). Por conseguinte, a análise do campo discursivo aborda a compreensão do enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação, na busca de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites de forma mais justa, de estabelecer suas correlações com outros enunciados aos quais poderia estar ligado e, de mostrar que outras formas de enunciação podem ser excludentes (id., p. 31).

O arqueólogo, portanto, descreve como se formou os sistemas de pensamento não reduzidos ao nível das representações, da linguagem ou dos significados. A arqueologia busca a elucidação das condições de aparecimento histórico dos discursos: sua localização no tempo e no espaço, a instituição que o engendra e o divulga, sua materialização em práticas sociais. Assim, a arqueologia mostra-se uma estratégia que propicia uma crítica do presente, trazendo

à tona os mecanismos que organizam e gerenciam corpos e subjetividades, através dos saberes que a ciência constitui sobre a sociedade. Por isso, consideramos a arqueologia estratégica para a nossa pesquisa, no ponto em que se pode materializar por intermédio de um arquivo, algumas práticas e discursos sociais sobre a relação entre música e Saúde Mental, e através disso, entre música e subjetividade, lançando luz às condições em que se produziu esta relação no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. No trabalho de dar visibilidade às práticas discursivas, a arqueologia produz um desvio no olhar naturalizado para as coisas e os acontecimentos: *“O método consiste, então, para Foucault, em compreender que as coisas não passam das objetivações de práticas determinadas, cujas determinações devem ser expostas à luz, já que a consciência não as concebe”* (VEYNE, 1998, p.163).

Inspirados na Arqueologia, nossa proposta metodológica foi a de organizar um arquivo que reunisse textos que tratem da temática da música no contexto da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e, a partir de indicações do próprio arquivo, traçar um panorama introdutório do período político que antecede esta Reforma. O arquivo se constituiu da sistematização da leitura e discussão acerca dos textos, artigos e demais documentos disponíveis em sites, bibliotecas e outras formas de acesso, selecionados a partir de alguns critérios que serão explicitados no item Arquivo-teia. O termo “Arquivo” possui várias definições, sendo uma delas a de ser “reflexo da sociedade que o produz e o modo de interpretá-lo”, considerando fatores como a “finalidade dos arquivos e os suportes utilizados” que, por si só, já não seriam mais definidores do arquivo na atualidade, uma vez que, a partir do surgimento dos documentos eletrônicos, o arquivista não mais teria dificuldades de custo, espaço para armazenamento e acesso aos arquivos, mas seu problema agora seria o da “redundância de informações” e da necessidade de filtrá-las (RODRIGUES, 2006, p.104).

Há também uma definição de Rousseau e Couture (1994 apud RODRIGUES, 2006, p.104) a respeito de “arquivo” que o consideraria como um conjunto de informações e não de documentos. Todavia, isso não é esclarecedor para a conceituação de “arquivo”, haja vista a informação arquivística possuir certa ligação com seu suporte, justificada por critérios de autenticidade da informação em seu conjunto de referências (RODRIGUES, 2006). Entre as diversas noções de arquivo, a que mais nos pareceu condizente com o método que utilizamos, e que se baseia na perspectiva jenkisoniana, o conceitua como:

um conjunto de documentos produzidos e recebidos no decurso das ações necessárias para o cumprimento da missão predefinida de uma determinada entidade coletiva, pessoa ou família. (...) O que é ação, no processo de realização da missão, passa a ser o sujeito no processo de criação do arquivo.

O arquivo é, então, o resultado de dois processos integrados. O processo de produção e recepção de documentos resulta do processo de realização da missão (id., p.105).

O arquivo, ao final do trabalho, foi representado por uma imagem para fins de melhor visualização no item “Considerações sobre uma teia sem começo nem fim”. A seguir, indicaremos como, a partir da leitura que fizemos sobre esses “métodos” construímos as nossas próprias ferramentas.

3. O Arquivo-teia como ferramenta metodológica

Um número considerável de produção textual sobre “Saúde Mental” e “Música” não se encontra na literatura científica. Por outro lado, em termos de obras acadêmicas e/ou especializadas, os textos disponíveis se encontram em um estado de dispersão entre si. Tais características do “arquivo” levantado foi um fator de grande influência em nossa decisão pela constituição de um Arquivo-teia, a partir desta diversidade de trabalhos encontrados e de suas “origens”. O trabalho de encadeamento das produções por nós encontradas, ou seja, de apresentação de uma cadeia ou corrente distribuídos e ligados em forma de rede, constituiu-se a partir do pressuposto de que cada texto encontrado levaria a outro texto presente no mesmo arquivo, portanto, o que remete à imagem da teia.

Figura I. Teia de Aranha



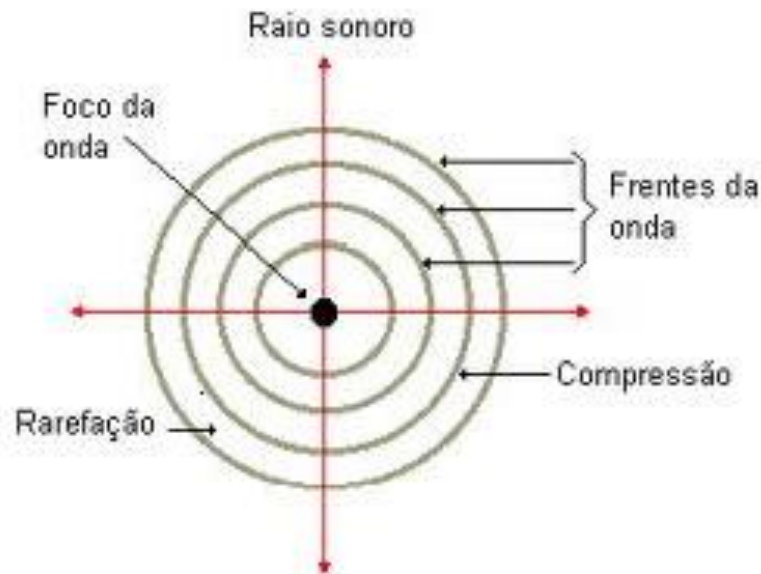
Fonte: Página Freepik⁹.

A nossa teia busca não permanecer apenas como uma teia de aranha, com fios de seda muito finos, quase imperceptíveis, mas fortes e elásticos o suficiente para realizar a sua função – de captura, de reprodução, proteção e até mesmo de disfarce – fios delicadamente

⁹ Disponível em: <http://br.freepik.com/vetores-gratis/o-vetor-de-fundo-teias-de-aranha_592002.htm>, acesso em set. 2013.

interconectados, que se cruzam, mas que podem se romper (NINHA, Teias de Aranha, s.d.)¹⁰. Esta teia tem também a intenção de remeter à imagem das ondas de propagação sonoras. A propagação das ondas sonoras lembra a estrutura circular da teia, uma vez que ela é formada por espécies de círculos ligados por fios mais ou menos verticais que os ligam um ao outro. Já o som se propaga no ar em ondas longitudinais que se constituem “alternadamente de condensações e rarefações e se propagam em todas as direções mediante a esferas concêntricas, cujo raio aumenta à medida que o som se afasta da fonte” (SAPELINI, 2011). A noção de ondas de propagação sonoras introduz na imagem da teia a ideia de movimento (raio sonoro e frentes da onda) na linha (compressão) e de amplitude de alcance, ao abrir novos espaços (rarefação), para além do hegemônico e do identitário (foco da onda).

Figura II. Propagação do Som



Fonte: Página Ebah - Rede social para o compartilhamento acadêmico¹¹.

O som se propaga por meio de ondas mecânicas, que por sua vez ocorrem a partir de “uma *perturbação* que se move e transporta energia de um lugar para outro através de um meio” (STRICKLAND, 2013). E “No som, a perturbação é um objeto que *vibra*. E o meio pode ser qualquer série de partículas *interconectadas e interativas*” (id., grifo nosso). A teia também toma emprestado um semblante do conceito de rizoma, que é um tipo de raiz de crescimento subterrâneo, porém, próximo à superfície e que não tem uma direção definida, suas células não possuem membranas, o que faz com que ela possa dirigir-se para qualquer

¹⁰ Disponível em: <<http://www.ninha.bio.br/biologia/teia-de-aranha.html>>. Acesso em set. 2013.

¹¹ Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAF3AAA/acustica>>, acesso em 10 de setembro de 2013.

direção (BAREMBLITT, 1998). Assim como o rizoma, a imagem da teia remete a algo que cresce de forma imprevisível e quase invisível.

A teia é trabalhada aqui também associada a ideia de dispositivo (DELEUZE, 1989). O dispositivo, segundo Deleuze (id.), é um novelo ou um *emaranhado de linhas*, e a nossa teia, possuindo certa ordenação entre seus fios, é como um pedaço do dispositivo que foi puxado do novelo por meio de uma linha – a de audibilidade, para ser observada em seus movimentos e escutada em suas sonoridades. O dispositivo é constituído por linhas de diferentes naturezas que variam em suas direções e derivações, como as linhas de sedimentação, de “ruptura” e de “fratura”, de visibilidade e de enunciação (id.).

Este encadeamento de um texto a outro, portanto, se efetuará não apenas pelo referenciamento bibliográfico de uma obra, em que há citações de textos de autores por outros autores, mas também a partir do aspecto histórico, contextual e político em comum ou que se chocam nas conexões entre os enunciados científicos. Diante do desafio de acesso aos dados qualitativos de algumas produções e a sua dispersão temática, para a constituição do Arquivo-teia foram realizados um levantamento de um conjunto de fontes em bibliotecas, centros de arquivos, bases de dados em universidades, bem como em sites de eventos e outros sítios da internet, de modo a diversificar as estratégias de busca aos textos, configurando assim a reunião de uma gama de produções a fim de inclusive contribuir na produção de pesquisa de outros estudiosos interessados na área. Fizemos buscas com as seguintes palavras-chave: música e saúde mental; música e Reforma Psiquiátrica brasileira; atividades musicais e saúde mental; oficinas de música e saúde mental; musicoterapia e saúde mental; bandas e saúde mental; coral e saúde mental; blocos de carnaval e saúde mental; rádio e saúde mental; além de entrarmos com os nomes de cada experiência, uma a uma: Cancioneiros do IPUB, Lokonaboa, Bloco “Unidos do Candinho”, Rádio TAMTAM e as outras citadas no Capítulo III.

Nosso acesso aos textos se deu de diversas formas: pesquisa em livros e revistas nas bibliotecas e nos lançamentos de livros em eventos; em periódicos, bases de dados eletrônicas na rede mundial de computadores (internet) e sítios eletrônicos de pesquisa acadêmica (SciELO, Google Acadêmico e outros). Sobre algumas das experiências musicais, tivemos que recorrer a outras ferramentas de pesquisa, como resumos, resumos expandidos e artigos em anais de eventos, sítios eletrônicos de pesquisas em geral como o Google – Web, Youtube – e outros, para complementar as informações.

Primeiro fizemos o levantamento dos trabalhos e sua localização. Ao acessá-los, realizamos uma primeira leitura para selecionar aqueles textos que seriam considerados para a

pesquisa em profundidade. O critério de seleção surgiu à medida que nos aproximávamos dos textos encontrados. Um primeiro crivo se deu a partir de dados dos textos que dissessem respeito à prática, realizada durante ou após a chamada Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Nesse sentido, era preciso saber onde e quando ocorria - a localização geográfica, o contexto institucional e o período histórico em que a prática se daria. Um segundo crivo foi o da identificação da metodologia de trabalho das práticas musicais e, para isso, foi preciso selecionar textos que tratassem do processo de trabalho com a música. Portanto, a necessidade da presença dessas informações para apreender as ações musicais foi aproveitada como critério para seleção documental.

Além disso, tentou-se esquadrihar as formas de trabalho e de dimensionamento das atividades musicais na RPb, em suas características mais amplas e também em suas particularidades, conforme os textos expunham os processos das práticas musicais. Devido a isso, no decorrer da exposição do Arquivo-teia, se pode observar que algumas práticas puderam ser apresentadas com maior riqueza de detalhes que outras.

Por isso, foi realizada uma busca de categorias de práticas/discursos no contexto da música e das artes na Saúde Mental, encontradas nos escritos de Fernandes, Miranda, Pacheco, Sabino e Silva (2010)¹², bem como na dissertação de mestrado de Galvanese (2010)¹³, permitindo que o olhar da pesquisadora se ampliasse e, simultaneamente, ganhasse foco. Sem que deixássemos de encontrar ressonâncias nas categorias criadas por estes outros trabalhos, organizamos um Arquivo-teia tão diversificado que foi necessário delinear as nossas próprias dimensões analíticas, relacionadas às práticas/discursos musicais na área de Saúde Mental e a partir das “linhas de audibilidade”, traçando assim pontos da teia conforme intervalos de tempo, espaço e perspectivas. Estas “linhas de audibilidade” emergiram da leitura do material, levando em consideração perspectivas teóricas, técnicas e éticas utilizadas nas práticas de música na Saúde Mental, em que está misturada a dimensão da prática à dimensão do modo como o sujeito atua e reage à prática. As categorias elencadas foram: linha

¹² No resumo “Análise contextual da música no tratamento dos portadores de transtorno psíquico” (FERNANDES et al., 2010), observa-se um levantamento bibliográfico em bases de dados bem como a produção de determinadas categorias analíticas na contextualização e organização dos resultados, dos quais utilizamos duas perguntas/categorias: 1. Como se utiliza a música na Saúde Mental? e 2. “A Reforma psiquiátrica e a inclusão da música” (FERNANDES et al, 2010, p. 44 e 45).

¹³ Galvanese (2010) identificou em seu levantamento das atividades artísticas em CAPS para adultos do município de São Paulo, três categorias principais para caracterizar as práticas, as quais nomeou de “tendências de cuidado” (id., p.105): 1. Atividades com foco no processo grupal, nos vínculos e na valorização da função expressiva; 2. Atividades que conectam vida e saúde com o potencial de experiência estética, sustentando momentos criativos e de construção de redes de apoio social; 3. Atividades que tendem à invalidação do sujeito a partir de uma prática interventora sobre ele, caracterizadas pela “ausência de oportunidades de experiência estética e cultural” (GALVANESE, 2010, p.106).

de audibilidade à dimensão clínica (técnica); linha de audibilidade à dimensão educativa (pedagógica); linha de audibilidade à dimensão expressiva (estética e artística – campo da comunicação, de transformação cultural de quem ouve); linha de audibilidade à dimensão sociocultural (política); linha de audibilidade à dimensão da transversalidade (entre cultura e saúde, recreativa e outras).

4. Por que “linhas de audibilidade”

Inspirados na noção de dispositivo; entendido como uma espécie de novelo composto por diferentes linhas, como as de visibilidade, enunciação, força, ruptura, subjetivação e de fissura, as quais se entrecruzam, se misturam e se modificam em sua disposição (Deleuze, 1989), compomos uma *teia* com linhas que seriam cordas que por sua vez ressoariam e produziriam sonoridades. As sonoridades aqui estão no plano das sensações e se constituem por ações musicais no contexto político da Reforma Psiquiátrica brasileira que estariam dentro de um agenciamento maior – o da Saúde Mental Coletiva. Simultaneamente, ao dar visibilidade às práticas e enunciabilidade aos discursos forjados no Brasil em relação ao encontro entre música e Saúde Mental, buscamos atravessá-las pelas linhas de “audibilidade”, para darmos conta de nossa problemática e tarefa, com o intuito de poder acessar os enunciados e suas articulações de sentidos, poder também ouvir a sonoridade desses enunciados e visibilidades de suas práticas para além de um sentido da compreensão. As linhas de audibilidade buscariam dar lugar na pesquisa para aquilo que inicialmente apareceria como intensidade e sensação para a pesquisadora.

Ao mesmo tempo em que é preciso tornar audíveis vibrações sonoras que se tornaram surdas em meio ao processo de habituar-se à “paisagem sonora psicossocial”, emergiu a percepção de que as “linhas de audibilidade” servem como afirmação da música como parte dessa paisagem. A “audibilidade” emergiu também como percepção de que os relatos sobre as práticas musicais dão “audibilidade” e/ou “musicalidade” aos discursos defendidos na RPb e pela Luta Antimanicomial como, por exemplo, o fechamento dos manicômios e a mudança de paradigma de assistência asilar para a Atenção Psicossocial, e essa musicalidade só ganharia as intensidades da experiência estética à ela inerente se ouvida. Depois, vimos que essas linhas dariam musicalidade a vários outros discursos e práticas, como o da clínica e terapêutica, da educação, da estilística da arte, da dimensão sociocultural e da transversalidade na Saúde Mental Coletiva.

Dar audibilidade também significa demonstrar os sons e as reverberações que algumas práticas/discursos produzem, sem fazer uma análise interpretativa de cada uma delas, pois não

é este o nosso objetivo. O objetivo aqui é mostrar alguns pontos onde ressoam as sonoridades por elas produzidas. A dimensão de audibilidade nos foi necessária porque, diante de uma prática musical, a primeira atitude a ser tomada seria ouvir, ser mais escutante sem ter pressa para falar sobre ela, ouvir o que ela tem a dizer por si só ao se cantar, tocar, soar e provocar. Portanto, trata-se de um calar-se para dar ouvidos. Estas primeiras “linhas de audibilidade” que ganharam escuta foram atravessadas por novas linhas de audibilidade que estariam por se constituir. A “audibilidade” surgiria, por fim, como proposta de que essas experiências fossem “escutadas”, de um modo adverso uma vez que a experiência sonora possibilitaria acessar uma realidade que os textos não permitiriam, nos levando assim à produção de um anexo audível.

5. Sobre o anexo audível

No texto “*Making inaudible forces audible*”, Deleuze (2007) propõe que a música contemporânea trabalhe com o som não em termos de uma hierarquia forma-substância – da música como criação de forma elevada, a partir de uma substância rudimentar – mas sim de acoplamentos entre materiais sonoros muito elaborados e forças que por si mesmas não são sonoras e que se tornam sonoras e audíveis por meio desses. O material sonoro está lá para fazer com que forças que não são audíveis nelas mesmas se tornem audíveis. São forças como tempo, duração e até intensidade. A dupla material-forças substitui assim a dupla matéria-forma. A música, então, não estaria mais limitada aos músicos, na medida em que o som não é mais seu elemento fundamental e exclusivo: seus elementos se constituem por todas as forças não sonoras que o material sonoro elaborado pelo compositor tornará perceptível.

Essa percepção, portanto, não poderia se efetuar somente pela via da audição. Ela convida os demais sentidos, como a visão, a tomar parte na fruição estética. A literatura e a escritura de um texto, por exemplo, poderiam invocar sons e imagens. Segundo Caznók (2003), as produções artísticas contemporâneas do campo musical, que movimentam a música entre o audível e o visível, usam de interpenetração de domínios perceptivos, que afirmam não somente a atração entre as diversas linguagens artísticas, como também a falta de unidade da arte ou de sua unidade de apreensão. Esta ausência de unificação na obra se apresenta ao público como produção despedaçada que suscita vários sentidos a participar da experiência estética. Esta multissensorialidade que a obra aparentemente fragmentada evoca, cria a oportunidade de ter o contato com uma música que dê visibilidade ou uma literatura/arte plástica que dê sonoridade com uma arte do indivisível, do fusional das multiplicidades sensoriais de fruição estética.

Assim como há obras que proporcionam a criação de um “ouvido vidente”¹⁴ (CASNÓK, 2003, p.131) propomos em nosso trabalho, por meio do método, uma “leitura vidente”, já que evocamos imagens – a teia, a propagação sonora – para constituir a forma como se deu a trajetória desta pesquisa. Mas além da “leitura vidente”, queremos produzir um meio em que seja possível uma “leitura escutante”, uma vez que o nosso objeto empírico são as práticas musicais e sonoras.

Por isso apresentamos o anexo audível – um CD que contém uma coletânea com canções dos grupos e bandas citadas neste trabalho – como uma fotografia sonoplástica que trouxemos de parte da “paisagem sonora psicossocial” exposta neste trabalho. Diante das leituras das práticas musicais na atenção psicossocial, surgiu a necessidade de tomar outro conhecimento das práticas, um conhecimento “outro” – da experiência sensível – que não se produz na leitura do texto, mas na dimensão estética da fruição musical, do discurso que ganha som e musicalidade, assim como da voz das bandas, grupos e pessoas, que ganha materialidade sonora que o texto em papel não é capaz de produzir, e, da força da escuta de uma sonoridade nova, que ainda não tem nome e que transforma as relações.

Propomos, a partir da confecção do CD, colocar a música como experiência sensorial da luta antimanicomial, constituindo uma forma de articulação dessa luta política com uma outra expressividade: a da via estética. Ouvir outros universos e ouvir de outras formas para, ao mesmo tempo, introduzir a flexibilidade das linhas de audibilidade no universo de um arquivo bibliográfico, e introduzir a diferença no universo sonoplástico dos potenciais leitores deste trabalho.

¹⁴ A poética composicional de György Ligeti é citada como exemplo de obra feita para incluir o ouvinte em audições intuitivas e criadoras, que “remetem o receptor a situações que envolvem a fruição estética em todas as suas implicações existenciais” (Casnók, 2003, p. 131). A composição *Atmosphères*, que foi usada no filme *Uma odisseia no espaço*, de Stanley Kubrick é um exemplo, e se encontra disponível para audição na Faixa 00 do CD Anexo.

CAPÍTULO II. OS FIOS DA TEIA SÃO AS CORDAS DE UM INSTRUMENTO EM FUNCIONAMENTO

“Estou deitado em minha vida
 E o soro que me induz a lutar
 Estou na Clínica Tobias
 Tão longe do aconchego do lar
 All right, man, play the blues
 Eu tomo café pra mim não chorar
 Pergunto à nuvem preta
 quando o sol vai brilhar...
 Estou sentado em minha cama
 Tomando meu café prá fumar (bis)
 Trancado dentro de mim mesmo eu sou,
 um canceriano sem lar”.

Raul Seixas, Clínica Tobias Blues/Canceriano sem lar

1. O contexto do Hospital Psiquiátrico e de algumas práticas musicais em Saúde

No século XVII se produziram estudos e tratados sobre música e terapêutica, sendo inclusive sua maioria voltada para uso em Psiquiatria. A trajetória da música com finalidades terapêuticas já havia percorrido diversos caminhos, na tentativa de responder aos conflitos humanos (RUUD, 1990). Existia, todavia, desde a antiguidade, a exploração da música como meio de comunicação com a esfera divina, para rituais de agradecimento e para expulsão de doenças ou outros problemas ocasionadas por espíritos malignos (GROUT e PALISCA, 1997), passando paulatinamente para uma compreensão menos “mágica” e “espiritual”, para dar lugar a uma visão mais racionalizada e terapêutica, como se pode ver nos exemplos do uso da música pelos gregos para controle do corpo e emoções e, dos árabes, que tinham em seus hospitais salas de música para enfermos (SEKEFF, 2002). Todavia, se no século XVII a terapêutica musical ganha espaço como ciência, ela o perde no século XIX devido ao crescimento da filosofia positivista (RUUD, 1990).

1.1. Higienismo e a música nos hospícios

A música possui uma relação “naturalizada” com a noção saúde psíquica. É comum se pensar em música como algo que faz bem à “saúde mental” e conseqüentemente, pensar que as práticas musicais são benéficas e necessárias nas instituições pertinentes a esta especificidade de saúde. Mas será que sempre foi assim? A música, sempre foi vista como algo que produz efeitos para a “saúde mental”, como instrumento aplicável no campo da psiquiatria e, posteriormente, como prática que interessa à Reforma Psiquiátrica brasileira? A perspectiva aqui adotada é a de que a relação entre música e saúde mental emergiu em um

determinado “solo sociopolítico e cultural” (LIMA, 2009b, p. 17). Desta forma, para desnaturalizar esta relação precisamos antes situar a história das instituições psiquiátricas brasileiras, o modo como elas se configuraram para buscar em que momento as práticas musicais entraram em cena. Assim como na Europa do século XVII, o Brasil de fim de século XIX realizou muitas internações motivadas por problemas econômicos e sociais, arrastando aquilo que a sociedade da época chamava de loucura e outros diversos tipos de “desadaptação social” para o mesmo espaço de enclausuramento (GUERRA, 2008). A psiquiatria brasileira nascente estava articulada a uma tendência mais geral de profilaxia do meio urbano, incluindo os loucos nas medidas da medicina social (MACHADO et al. 1978).

Na passagem do século XIX para o século XX se estabeleceu no Brasil uma mentalidade de intervenção policialesca sobre o social, a fim de normalizar e normatizar os corpos. Estas práticas sobre a população se davam por meio de técnicas de cuidado, ensino, vigilância de hábitos e imposição de outras ações substitutas consideradas mais salutares, processo que se convencionou nomear como “movimento higienista”, que ganhou ainda mais força na década de 1940. Este movimento entendia e pregava que a desorganização do funcionamento social era causadora de doenças e que, à Medicina, caberia ampliar seu olhar e seu campo de atuação para questões sociais, demográfico-estatísticas, geográficas, urbanísticas, naturais e institucionais. Enfim, a Medicina deveria atuar sobre todo o ambiente possível para neutralizar os riscos de adoecimento (MANSANERA e SILVA, 2000).

Esse movimento contribuiu para aumentar o alcance do Estado no que toca à manutenção das vidas, fazendo uso da ordem e da disciplina e seus regulamentos próprios, que tendem a tornar a vida mais cômoda e a dar aquilo que os sujeitos “necessitam para a subsistência” (FOUCAULT, 1997, p. 85). Estes regulamentos, “fiscalizados” pelas tecnologias diplomático-militares e pela “polícia” (id., p.83), se dirigiam à população como alvo central das “preocupações” do mercantilismo. Se o enriquecimento da burguesia em ascensão dependia da mão de obra da população de baixa ou nenhuma renda, seria preciso que houvesse uma política de preservação da vida e da saúde desta população, que a mantivessem suficientemente “saudável” para continuar seu trabalho produtivo de capital. Seria necessário, portanto, diminuir a mortalidade infantil, prevenir doenças inclusive mentais; intervir nas condições de vida e impor novas normas que as organizassem. Ou seja, seria interessante que as pessoas vivessem mais e tivessem saúde, para produzir, investir e consumir mais e por mais tempo. O que se desenvolveu a partir daí e que se chamou de “Polícia Médica”, “Higiene Pública” e “Medicina Social” é a inscrição de uma biopolítica, que trata a população como “um conjunto de seres vivos e coexistentes, que apresentam traços

biológicos e patológicos particulares, e que, por conseguinte, dizem respeito a técnicas e saberes específicos” (id., p.83).

Estes mecanismos de manutenção da vida e saúde e de identificação/prevenção de doenças constituem determinadas formas de subjetividade “saudáveis” e “doentes” por meio de relações de saber-poder, que se articulam a técnicas de dominação. À produção histórica de técnicas de dominação, no interior de um desenvolvimento progressivo do poder sobre a vida, se associou um poder de normalização dos processos vitais, desde o século XVII (FOUCAULT, 1982), e este desenvolvimento se deu em duas formas principais. A primeira, centrada no corpo e seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, no investimento em sua docilidade e utilidade e na extorsão de suas forças: através das *disciplinas*, caracterizou-se por uma *anatomopolítica do corpo*. As disciplinas constituem mecanismos com finalidade de operar efeitos de normalização (FOUCAULT, 2001). Para validar um estatuto normalizador, a partir da noção de conjuntos organizados de indivíduos e organismos grupais e sob os efeitos do poder por imposição ou estimulação, há um jogo moderno de coerções sobre os corpos e condutas (FOUCAULT, 1987). Nesse jogo, cinco mecanismos se apresentam: divisão dos indivíduos no espaço, controle tanto do produto quanto da produção, vigilância hierarquizada, sanção normalizadora e exame. Esses mecanismos, unidos à necessidade dos sujeitos de serem falados, significados e de ter suas vidas preservadas e prolongadas, possibilita um controle mais eficaz e sofisticado, que expõe os sujeitos a uma espécie de fiscalização de si mesmo.

A disciplina, deste modo, atua pelo poder, a partir de um saber sobre o sujeito, que: fora produzido por uma ciência ou outro regime e que o sujeito aceita como verdadeiro; entra numa relação retroativa, que multiplica as forças do poder e diminui a capacidade de resistência a ele, pois passa a ser interessante para o sujeito na medida em que atua pela “boa” manutenção do seu corpo e de sua vida individual, por um lado, e para manter um sistema econômico-industrial e político funcionando, por outro. O sujeito, destarte, se subjetiva produzido pela tecnologia de poder chamada disciplina, no seio de práticas de construção de um corpo dócil, normalizadas pelos saberes legitimados e vigentes na época e executadas através de procedimentos racionalizados, tais como as tecnologias do eu: auto-observação, correção e direção da consciência, punição, entre outras (FOUCAULT, 1995, p. 149). Ou seja, o sujeito, a partir das premissas científicas que definem as categorias de loucura e sanidade e dos mecanismos disciplinares advindos das práticas da “Higiene Pública”, torna-se não apenas vigiado, como também é capaz de vigiar a si mesmo e aos outros em seu estado psíquico e seus comportamentos. Em certo momento da história do higienismo no Brasil, o

saber disciplinar que associa a higiene à saúde psíquica se une à ideologia eugênica, para formar um novo desdobramento para as “técnicas de dominação”: alguns profissionais do movimento higienista se reuniram e criaram a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923 no Rio de Janeiro, com o objetivo de elaborar programas de higiene mental com base na prevenção eugênica. Neste contexto, os neuro-higienistas orientavam seus esforços no sentido de conservar a saúde psíquica e extinguir formas hereditárias de “transmissão de doenças mentais”, com o objetivo de aproximar as novas gerações do “padrão psicológico ideal” (MANSANERA e SILVA, 2000). Dentro do estatuto da Associação Brasileira de Higiene Mental, a Liga foi reconhecida, em 1925, com as seguintes finalidades:

- a) prevenção das doenças nervosas e mentais pela observância dos princípios da higiene geral e, em especial, do sistema nervoso; b) proteção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentais passíveis de internação; c) melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentais em asilos públicos, particulares ou fora deles; d) realização de um programa de higiene mental e de eugénica no domínio das atividades individuais, escolares, profissionais e sociais (id., p.123).

A esse movimento histórico do higienismo, pode-se identificar a emergência da vida – sob a égide da higiene mental –, como ponto de incidência do poder do homem- corpo e homem-espécie, no ponto em que ele (re)produz no humano a vontade de se manter com saúde, em bem-estar físico, mental, social e preocupar-se com a saúde da população. Esta nova arte de governar coloca o homem como objeto integrante de uma racionalidade de Estado, em que o corpo do indivíduo e o conjunto da população passam a ser problemas do governo, mas não necessariamente de forma repressora ou coercitiva, mas através de um poder de manutenção da vida, que faz viver na medida em que cuida da vida.

Isso diz respeito à segunda forma de produção de técnicas de dominação, que se concentrou em uma biopolítica da população, do poder sobre os coletivos, que se soma aquele exercido sobre o corpo individual. A forma de poder sobre a vida, que, segundo Foucault (1981), pode ser vista e falada em seus novos trajetos a partir de meados do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, como suporte dos processos biológicos, caracterizado pela dinâmica do vivo. A essa forma de exercício do poder, que Foucault chamou de *biopolítica da população*, interessa conhecer, regular e controlar os nascimentos, a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida de determinadas populações e todas as condições que podem fazer esses processos variarem (FOUCAULT, 2003; LIMA, 2009b). A partir disso, se estabeleceram normas gerais e regras de conduta de diversas ordens, que organizariam a

sociedade sob vigilância da polícia, da medicina, da higiene, da psicologia, psiquiatria dentre outros.

Um exemplo do modo como a psiquiatria se apropriou do higienismo como uma biopolítica é dado por Carvalho Ribas (1957), em seus comentários acerca das ‘psicoses infecciosas’. Neste caso, tanto o indivíduo quanto à população estão expostos ao risco de adoecer, pois são psicoses decorrentes de patologias infecto-contagiosas: Ribas alerta sobre os riscos a que a gripe, o tifo, a pneumonia e outras infecções poderiam expor o ‘sistema nervoso’, ocasionando manifestações de ‘confusão mental’ e outras ‘alterações do estado mental’ (id.). Outro exemplo é a tuberculose como doença fatal e provocadora de quadros de esquizofrenia e sua febre, “um terreno propício à genialidade” (id., p.136), citando Paganini, Mozart e Chopin como célebres tuberculosos com ‘sintomas psiquiátricos’ aparentes em sua vida e suas composições musicais. Como forma de prevenção de tais psicoses, seria necessária a profilaxia inerente a tais patologias físicas, o que ia ao encontro do desejo da população de não adoecer, e, por conseguinte, não enlouquecer. Esta é uma amostra das oportunidades que o higienismo encontrou ou mesmo forjou para se instaurar como discurso de saber e que sustentaria, até certo ponto na história da Saúde Mental brasileira, o poder de manutenção política sobre a vida e a subjetividade – uma biopolítica.

É no contexto de uma sociedade disciplinar na qual a anátomopolítica do corpo é associada a um progressivo poder sobre a vida, que a música começa a ser empregada nos hospícios brasileiros como uma forma de ludoterapia, também chamada de “terapia recreativa” (id., p.163), ainda na primeira metade do século XX, momento em que as composições musicais do campo da música erudita ganhavam as primeiras características modernas. Especificamente na década de 1940, no momento da II Guerra Mundial, o discurso da higiene mental cada vez mais se fortalecia, pregando a adoção de medidas que evitassem a “instalação de distúrbios psíquicos [e promovessem] o bem-estar interior” (id., p.193). Nesta conjuntura a música poderia tanto ser vista como benéfica quanto prejudicial à saúde. À guisa de exemplo, como medida preventiva de higiene mental, era recomendada a censura das artes incluindo a música; em especial, a moderna, uma vez que certos tipos de manifestações estéticas poderiam suscitar benefícios e aspectos saudáveis ao sujeito ao passo que outros, ao contrário, despertariam tendências perigosas e mórbidas (id.). Não somente pelo que a experiência com arte poderia produzir no sujeito, mas, sobretudo, pelo modo como a medicina daquela época alimentava certas ressalvas em relação à arte moderna – a música moderna era criticada como arte sem potencial terapêutico e expressivo na visão da psiquiatria daquela época, ponto de vista que é para nós representado pelos escritos de Ribas. As produções

estéticas dessa época eram estudadas pelas ciências *psi* e comparadas à expressão da loucura pelo seu estilo, e a arte dos loucos comparada à arte moderna:

Devido à dissociação psíquica, os esquizofrênicos emprestam às palavras, à escrita, ao vestuário, aos gestos e a toda conduta, um cunho exótico, excêntrico, pueril e descabido. Muitos se lançam à produção de obras de arte e, nessa esfera, mostram-se também bizarros, incompreensíveis e absurdos, sendo particularmente chocantes na pintura e na música. (...) Na opinião de Lafora, a arte moderna também encerraria muito desse cunho simultaneamente primitivo, infantil e esquizofrênico (RIBAS, 1957, p.138).

Embora houvesse ressalvas em relação à música (moderna), ela era considerada ora uma auxiliar de outra técnica de tratamento como a hipnose e a cirurgia e.g., ora um “instrumento terapêutico” nos processos de tratamento pela *recreação*, por suas tradições lendárias de arte mágica (id.). Acreditava-se que, no curso da alienação mental, o sujeito passaria por um “progressivo rebaixamento psíquico e, nessa derrocada do espírito, o psicopata ainda se esforça para conservar um dos atributos mais primitivos da personalidade – o senso do ritmo” (id., p.136), deste modo a sensibilidade à música seria mantida no sujeito “alienado”. Osório César (1929 apud. RIBAS, 1957, p. 136) considerava que, a música, dentre as artes era “a que mais se conserva equilibrada no cérebro do alienado”.

1.2. *Experiência disciplinar em instituição psiquiátrica e as bandas do Juqueri*

Ao mesmo tempo em que o movimento higienista buscava modelos mais “científicos” de tratamento; tornando exclusivo o poder de tratar e controlar a doença ao médico e à medicina; ele fazia uma comparação combativa às *formas alternativas* de cura baseadas em saberes populares, relegando-as ao sentido de “cegueira política”, “resistências” e “ignorância do povo” (COSTA, C.M., s/d, p.10). Todavia, ao mesmo tempo em que afirmava o saber e poder médicos, o higienismo também passou a questionar as formas de tratamento dispensado aos doentes mentais por parte da psiquiatria em desenvolvimento. Isso devido ao fato de que os hospícios estavam cada vez mais lotados e os tratamentos do asilo, mais improdutivos. Ademais, os higienistas estavam à procura de métodos preventivos da “alienação mental”, de desvios ou vícios que pudessem ser aplicados aos sujeitos “normais”, sobre os quais a psiquiatria ainda não conseguia responder. Ao mesmo tempo em que o higienismo era aversivo aos saberes alternativos à cura medicinal, ele se viu obrigado a investir em novos procedimentos para a Medicina Mental, uma vez que a sociedade continuava a produzir a loucura e a degeneração, a despeito do crescimento da população dos hospitais psiquiátricos. A música poderia ser ameaçadora da saúde psíquica e, ao mesmo tempo, a música era

empregada nos hospícios com fins recreativos, e com essa recreação, se esperava obter efeitos terapêuticos. A que se deve esse paradoxo?

Primeiramente, acreditava-se que os benefícios da música não eram encontrados em quaisquer estilos musicais à livre escolha do sujeito. Para o higienismo, havia tipos de música mais, ou menos adequados para audição. No discurso higienista, por exemplo, considerava-se o ruído um “sabotador da saúde mental”, provocador de casos de loucura nas grandes metrópoles devido aos barulhos arrítmicos e dissonantes das cidades modernas – automóveis, bondes, motocicletas, campainhas, telefones, máquinas de escrever – “a sarabanda contundente de nossos dias civilizados determina uma série de choques contínuos e nocivos ao sistema nervoso” (RIBAS, 1957, p.203)._Constatavam os estudiosos da época que países novos e sociedades improvisadas tinham amor ao ruído (PACHECO e SILVA, 1936 apud. RIBAS, 1957, p. 203), e a atração do homem pelo barulho seria vestígio de seus estados primitivos e bárbaros, além de falta de cultura e educação, e, por isso, uma campanha contra o ruído concorreria pelo bem-estar da população e atestado de alta civilização de um país, perante ouvidos estrangeiros (CARVALHO, 1944 apud. RIBAS, 1957, p.204). Levando em conta as propostas estéticas da música moderna consideradas “barulhentas” para ouvidos mais “clássicos”, a crítica ao barulho por parte do higienismo recai também sobre a música moderna. Se a produção sonora moderna é essencialmente experimental, permitindo a utilização em suas composições técnicas como a do dodecafonismo¹⁵ e o atonalismo¹⁶ e, inspirações no impressionismo¹⁷ e expressionismo¹⁸, as recomendações sobre a fruição musical por parte dos higienistas não deixava de ser um ataque às tendências modernistas de expressão musical, consideradas ruidosas a ouvidos mais “conservadores”.

Em segundo lugar, não era qualquer tipo de música ou de grupo musical que era produzido nos manicômios. Sabe-se que no século XX, inspirados em Hervé, organista do Hospital da Bicêtre, em Paris, muitas “bandas de doidos” (RIBAS, 1957, p.168) foram organizadas em hospitais psiquiátricos em todo o mundo, sobretudo aqueles com grande população, inclusive no Brasil. Com fins de ilustração, recorre-se a experiência do Hospital do Juqueri, onde, de 1915 a 1919 e sob direção de Franco da Rocha, organizou-se a primeira

¹⁵ Dodecafonismo, desenvolvido a partir do compositor austríaco Arnold Schönberg em 1920, é a técnica composicional que se utiliza das 12 notas da escala cromática como possíveis de uso ordenado e não hierarquizado, que pode também ser organizado em séries (DOURADO, 2004).

¹⁶ Atonalismo é a propriedade da música que não possui um centro tonal ou mesmo “tonalidade definida” (DOURADO, 2004, p.33).

¹⁷ A música impressionista visa produzir uma atmosfera emocional sugestiva, fazendo uso de “escalas de tons inteiros”, “a não resolução harmônica de sequências de acordes” e “as dissonâncias” (DOURADO, 2004, p.166).

¹⁸ A música expressionista, influenciada pela pintura, literatura e cinema, se caracteriza por melodias dissonantes e angulosas, como modo de transmitir forte emotividade na obra (DOURADO, 2004, p.125).

banda musical do local, a “Banda 18 de Setembro”, composta por vinte executantes, onze internos e nove empregados do hospital (id.). Os regentes alternavam entre dois – um funcionário e um paciente alcoolista crônico. A banda foi formada no momento em que a noção da ludoterapia e do emprego de alguma atividade como recreação com objetivo terapêutico era bastante difundida nos hospitais psiquiátricos.

Figura III. Primeira Banda Musical do Juqueri



Fonte: Livro “Música e Medicina”, Carvalho Ribas, São Paulo, 1957.

Carvalho Ribas (1957) afirmava que os internos dos manicômios, “porque aprenderam a tocar determinado instrumento quando sadios manifestam, nos hospitais, o desejo de continuar fazendo música instrumental. Em vista das maiores possibilidades de tais doentes, veio a ideia de se lhes entregarem instrumentos musicais” (id., 167), isso na esperança de que “se a música ouvida é benéfica, sê-lo-ia ainda mais quando executada” (id.). Carvalho Ribas expõe a experiência do Juqueri, a partir do trabalho de J.N. de Almeida Prado, então psiquiatra deste hospital e estudioso das práticas terapêuticas da música nessa instituição, que afirmava que “a música só produziria realmente ação digna de nota quando assim executada pelos próprios doentes” (id., p.167). Isso pode remeter ao uso da música como prática de disciplinamento dos loucos, tanto com relação à melhora do comportamento do paciente no interior do manicômio, uma vez que ele vai se ocupar fazendo algo dentro da instituição; quanto à “melhoria” intrapsíquica pelos possíveis benefícios da execução musical.

Com a perspectiva de aplicação da música nos momentos de lazer posteriores ao tratamento médico e laboroterapêutico, a justificativa do uso da música era a de não permitir aos doentes se abandonarem a seus pensamentos e “cogitações mórbidas” (id., p.163). Assim, eram ofertadas atividades de vários tipos, como por exemplo, a ginástica ritmada pela música

acompanhada ao piano nos campos de esportes dos modernos hospitais psiquiátricos. Até mesmo no Juqueri construiu-se uma praça de esportes por iniciativa de A.C. Pacheco e Silva, que viria a ser diretor do Hospital; para realização de exercícios físicos ao compasso de músicas (id., p.164). A música, vista como importante recurso para a ludoterapia, também era utilizada de forma direta, mesmo antes da formação das bandas:

Nos hospitais psiquiátricos, um dos espetáculos mais tocantes é o dos psicopatas à escuta da música, fascinados e imóveis, deixando às vezes de realizar atos desatinados para saborearem a sedução das melodias. (...) em vista do interesse dos internados pela música e dos efeitos benéficos oriundos do convívio da arte, existem hospitais psiquiátricos, na atualidade, até providos de salões de concertos. Entretanto, a administração de música aos psicopatas só se tornou realmente norma corrente nos hospitais com o advento do rádio, quando esse invento maravilhoso veio possibilitar a oferta simultânea da música a grande número de doentes e sem despesa vultosa. (...) Na atualidade, a maioria dos frenocômios recorre às audições radiofônicas com o intuito ludoterápico, embora, na realidade nem sempre os programas sejam rigorosamente plausíveis de acordo com a higiene mental. (...) Certos psicopatas não só ouvem música com interesse, mas ainda se põem a cantar, tendendo a fugir da ludoterapia passiva ou espetacular para outra forma mais ativa de terapêutica recreativa. Em vista do entusiasmo mais empreendedor por parte de tais internados, cogitou-se de reuni-los em trios e em coros de toda sorte, com objetivo de assegurar uma ludoterapia, não só para os executantes, como para os demais pacientes em condições de ouvi-los nos hospitais (id., p.166).

Nota-se que a ação de administrar “música aos psicopatas” foi se tornando conveniente para a instituição, à medida que os sujeitos se tornavam mais “ativos” na relação terapêutico-recreativa com música. A participação dos pacientes, entretanto, tinha vários limites – os sujeitos tinham que escutar aquilo que os manicômios queriam administrar a eles e a partir do que era considerado “de acordo com a higiene mental”. E a possibilidade de criação musical por parte dos pacientes era visto pelos manicômios como algo improvável e de questionáveis predicados:

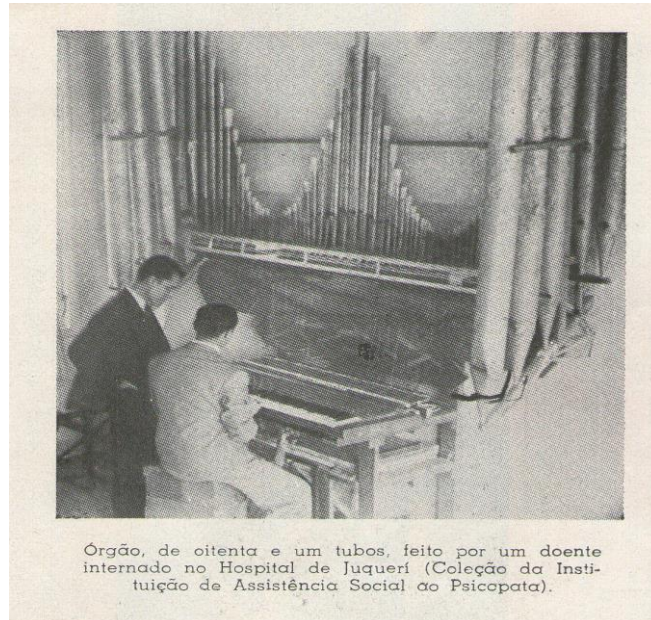
Certos psicopatas, mais raros chegam a dedicar-se à composição de peças musicais, em consequência das condições psíquicas precárias dos autores, principalmente deficiência de senso crítico em relação à música. Conforme assinala Rogues de Fursac, as composições dos psicopatas, como os seus escritos, caracterizam-se por complicações inúteis, ausência de originalidade, de sequência e de coerência (id., p.168).

Nessa conjuntura, a execução e audição musical e de rádio no hospital psiquiátrico eram *permitidas* aos pacientes, pois produzia efeitos interessantes para a instituição. E quando ocorria uma produção musical de qualidade incontestável por parte dos internos dos

manicômios, os psiquiatras higienistas se declaravam surpresos, pois atribuíam ao feito o caráter de extraordinário, já que vinha de um *louco*:

Que os psicopatas músicos também se façam ouvir em concertos nos hospitais – eis outra medida aconselhável, pois, nessas circunstâncias, os executantes recobram maior entusiasmo nas atividades artísticas e, além do proveito terapêutico pessoal, exercem ação benéfica sobre os psicopatas ouvintes. No Hospital de Juqueri, houve mesmo um doente que, no afã de realizar música tal como desejava, construiu um órgão! (id., p.168).

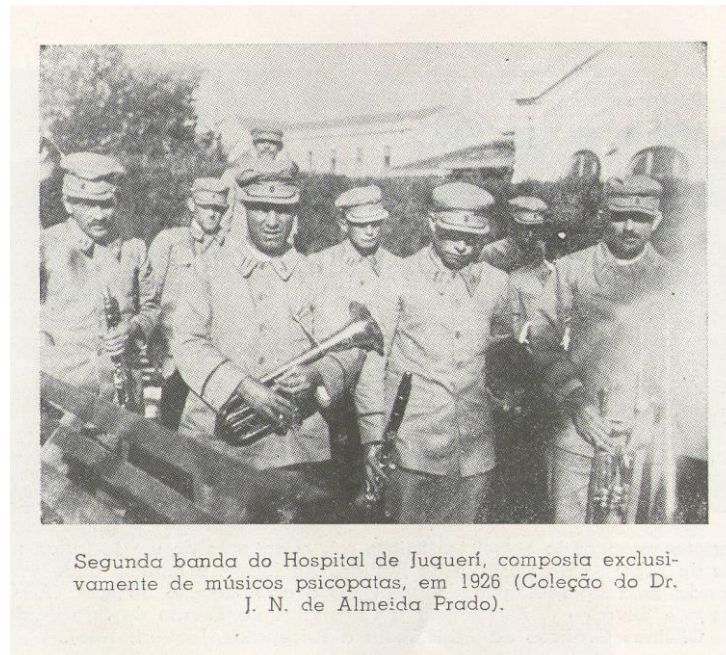
Figura IV. Órgão feito por interno do Juqueri



Fonte: Livro “Música e Medicina”, Carvalho Ribas, São Paulo, 1957.

Em 1926 o Juqueri estava sob a direção de A.C. Pacheco e Silva que, juntamente com Leopoldino Passos, formou a segunda banda, constituída exclusivamente de pacientes, apelidada de “Charanga Hebefrênica” e “Furiosa”, que também surpreendeu grandes nomes da psiquiatria da época, como Osório César. Mantida até 1932, os ensaios da banda foram, por Osório Cesar, descritos da seguinte forma: “*Vale a pena assistir-se a um ensaio desse pequeno grupo de músicos. São cerca de uns quinze doentes mais ou menos. A regência está confiada a um parafrênico, com delírio religioso, músico e compositor*” (CÉSAR, 1929 apud. RIBAS, 1957, p.169). Osório César, que era psiquiatra, músico e crítico de arte, além de fundador da Escola Livre de Artes Plásticas do Hospital do Juqueri, onde também trabalhou (LIMA, 2009b), continua sua descrição da banda: “*Os músicos são todos doentes: dementes precoces, epiléticos, etc. O mestre é autor de várias dobradas e valsas, e o repertório da banda se compõe, quase na sua totalidade, de valsas, tangos, maxixes e dobrados*” (CÉSAR, 1929 apud. RIBAS, 1957, p.169). Ele se admira, antes do ensaio com o mestre, com a batuta na mão que “*explica, com ares de preleção, o sentimento dos trechos musicais, causando estranha admiração a quem os ouve e os vê*” (id., p.169).

Figura V. Segunda Banda Musical do Juqueri



Fonte: Livro “Música e Medicina”, Carvalhal Ribas, São Paulo, 1957.

Interessante notar que na fotografia acima, a banda se assemelha muito às bandas marciais e fanfarras, tanto pelos instrumentos, em geral de sopro do naipe dos metais, quanto pelo fato de todos os músicos estarem uniformizados, com vestes similares às militares. Não é raro que várias práticas do higienismo se confundam com ações policiaescas, tendo em vista que a disciplina é atuante em ambas em seu objetivo em comum de produção de corpos dóceis, que estão presentes também em instituições como as escolas e os *manicômios*. Isso ocorre a partir das mesmas técnicas, porém aplicadas a seu contexto, como as técnicas de “hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza” (FOUCAULT, 1987, p.164), “um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados” (id., p.165). Os indivíduos disciplinados ou os “corpos dóceis” deveriam ser submissos no aspecto político, eficazes¹⁹ economicamente e socialmente adequados. E indivíduos institucionalizados, como não tinham a oportunidade de viver em liberdade, tinham momentos específicos de mostrar toda a disciplina “adquirida” no manicômio, como em visitas da comunidade ao espaço hospitalar.

Foi tamanha a impressão que a banda causou em Osório César, que este autor prosseguiu seus relatos em uma publicação posterior, na Revista do Arquivo Municipal do

¹⁹ Cf. VAZ, P. Corpo e risco. *Fórum Media*, Viseu, v. 1, nº 1, p. 101-111, 1999. Disponível em: <www.eco.ufrj.br/ciberidea/artigos/corpo/pdf/corpoerisco.pdf>. Acesso em mar. 2006.

Departamento de Cultura da Prefeitura de São Paulo, intitulado “Aspectos da vida social entre os loucos”, narrando algumas cenas das apresentações da banda:

Algumas vezes acontecia, não muito raro, durante a execução de uma peça, o pistonista, mestre da banda, ser atormentado por alucinações características do seu quadro mental e então retirava dos lábios o bocal do instrumento, baixava a cabeça, persignava-se, soltava uns grunhidos e ajoelhava-se balbuciando orações. Passada a crise, que às vezes durava muito tempo, calmamente voltava a interpretar sua parte. Quando não era o mestre, era o baixo que, sendo um epilético, por vezes acontecia ser tomado de crises convulsivas. O curioso estava em que os executantes não se impressionavam com esses imprevistos e continuava, na maior calma deste mundo, a executar a partitura (CÉSAR, 1945 apud. RIBAS, 1957, p.169).

Em 1932 Osório César, juntamente com Flávio de Carvalho, organizou em São Paulo uma exposição chamada de “Mês das Crianças e dos Loucos”, que teve como efeito uma série de conferências no ano de 1933 (AMIN, 2009). A exposição ocorreu no Clube dos Artistas Modernos, grupo este que foi fundado em 1931, por Di Cavalcanti, Antônio Gomide e Flávio de Carvalho, que consistia em um “centro de divulgação de pesquisas empreendidas pelos artistas e local de reunião animado por ateliês” (LIMA, 2009b, p.100). A exposição, que colocava em pauta as características em comum da produção artística da infância e da loucura, teve uma “programação intensa que contou com uma série de conferências e debates e a participação de artistas, médicos e intelectuais” (id.). Segundo os estudos de Amin (2009) sobre este evento, ele foi um marco em termos de encontro entre as áreas da arte, da educação e da psicologia, tendo significativos desdobramentos culturais na cidade de São Paulo na década de 1930 (id.).

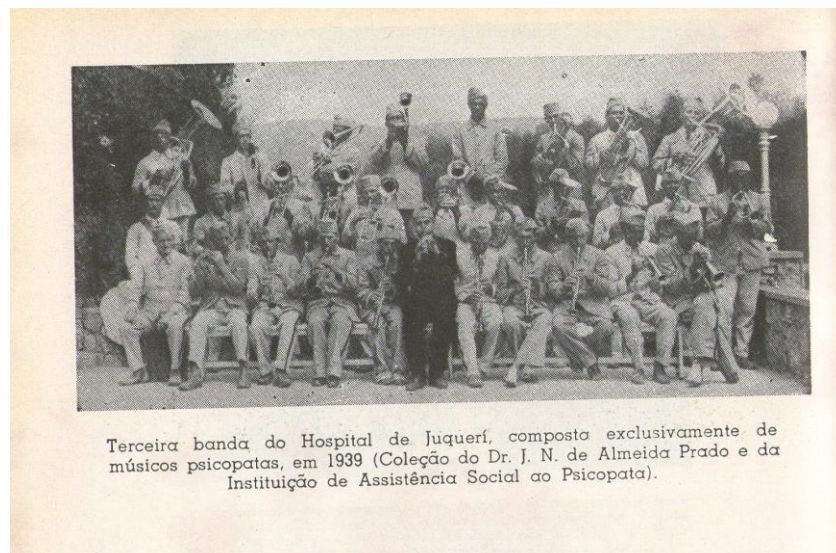
Dentre as palestras previstas para essa semana, ocorreu uma intitulada “A música dos alienados”, de José Kliass (LEITE, 1994), um pianista da época amplamente reconhecido pela atuação como professor de piano (MARTINS, 2012). Não se encontrou dados específicos sobre esta palestra, mas já se percebe um crescente interesse da psiquiatria pela arte, levando em conta também que vários psiquiatras palestraram nesse evento, como Pacheco e Silva, ex-diretor do Juqueri, com a palestra intitulada “A arte e a psiquiatria através dos tempos” (LEITE, 1994), além de alguns olhares de artistas, estudiosos e médicos sendo lançados em direção à música.

Tais trocas entre artistas e profissionais do campo da loucura criaram, na modernidade, o emblema da arte como reveladora de algo da loucura e da loucura como detentora de uma verdade sobre a arte, que por vezes tomou dimensões de críticas – da psiquiatria em relação à arte moderna, por exemplo (LIMA, 2009). Mas se tratava ainda de campos distintos que

tentavam dialogar enquanto duas formas de produção de saber e de verdade, sem se misturar para produzir “(a)fazer”, como é o que vai acontecer posteriormente, com atravessamentos mais contundentes entre arte, clínica e loucura na constituição de atividades que incluíssem a dimensão da subjetividade, como ocorreu nas décadas seguintes (LIMA e PELBART, 2007).

Enquanto os pacientes buscavam uma prática como linha de fuga, de meios para sobreviver ao manicômio, a instituição se utilizava deste mesmo meio como uma técnica disciplinar. Em 1939 o psiquiatra do Juqueri, J.N. de Almeida Prado, organizou uma terceira banda, constituída de pacientes e financiada pela Instituição de Assistência Social ao Psicopata. Que as bandas se organizavam com finalidades terapêutico-recreativas não faltam apologias e testemunhos de autores e expectadores que as defenda. Depreende-se, porém, que uma das funções desta atividade musical no Juqueri, para além da (ludo)terapia, era de apresentação musical de seus internos e, em consequência disso, divulgação de seu “trabalho disciplinar”. Destaca-se esta terceira banda por suas apresentações no jardim do hospital aos domingos, feriados e festas, por ocasião de visitas a instituição, que causava boa impressão aos que assistiam (RIBAS, 1957).

Figura VI. Terceira Banda Musical do Juqueri



Fonte: Livro “Música e Medicina”, Carvalhal Ribas, São Paulo, 1957.

Assim como a banda citada anteriormente, nesta imagem acima aparecem as mesmas características militares, dados aos instrumentos, posicionamento dos músicos e uniformes.

O modernista Mário de Andrade, em “Namoros com a Medicina”, elogia esta instituição por seus trabalhos com música para alienados pelos seus resultados. É interessante notar, no entanto, que ele não reconhece esses mesmos efeitos naqueles que são músicos profissionais, como vemos nos trecho a seguir:

Entre os trabalhos de assistência social que o Departamento de Cultura vem realizando em São Paulo, uma primeira experiência de música aos alienados do Juquery deu excelentes resultados, a julgar pela opinião mais autorizada dos próprios médicos assistentes. O que os levou a prosseguir na iniciativa benéfica. Os autores, e principalmente os experimentadores são unânimes em afirmar que a música acalmaria, suavizaria realmente os alienados, epiléticos, psicastênicos, neurastênicos, maníacos de várias espécies e vários graus, cumprindo finalmente o brocardo de que ‘adoça os costumes’ – coisa falsa na vida comum, pois da experiência clínica que tenho dos musicistas meus manos, nunca vi gente mais brigona e mais perfeitamente alienada por egoísmos e rivalidades. Pior que músico, nem pintor, Santa Maria! (ANDRADE, 1956, p.38 e 39).

Essas observações colocam em cheque o poder de disciplinamento da música em si, uma vez que, o literato parece tomar alguns efeitos psíquicos da música como exclusivos para os loucos, por não se obterem os mesmos efeitos nos músicos “comuns”, e nos levam a pensar se seria mesmo a música em si que promoveria tais resultados ou se estes seriam decorrentes da forma como a música era ensinada e oferecida aos internos.

Mesmo sem muita consistência, o discurso da utilidade terapêutica e recreativa da música nos manicômios se mantém, e, como instrumento disciplinar ganha mais visibilidade com a apresentação da banda. E sendo reproduzidos por intelectuais da época, como Mário de Andrade, adquirem alguma legitimidade teórica e social. Vale frisar que o que faz mal à saúde mental, para os higienistas é tudo aquilo que sai da harmonia que rege grande parte da sonoridade de padrão ocidental, afinada e tonal. Em outros termos, a “banda disciplinar” do manicômio não poderia ser moderna, “barulhenta” e experimental, ou seja, não poderia desenvolver outra coisa que não fosse a música que produza o saudável, o ritmado, o harmônico com a sociedade, segundo o padrão higienista.

Esses asilos, marcados em sua fundação por uma forte herança do tratamento moral²⁰ (PEREIRA, 2004), passaram em poucos anos a relegar essa herança apenas à arquitetura do local e aos poucos trabalhos realizados na manutenção da instituição e justificados como forma de tratamento. “*A implantação de oficinas de trabalho nunca foi efetiva nos asilos brasileiros, e a falta de ocupações que pudessem disciplinar os internos deu lugar ao estabelecimento de práticas de repressão violentas no interior dessas instituições*” (LIMA, 2009). O modo asilar, redefinido paradigmaticamente como Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador e correlato ao Modo Capitalista de Produção (COSTA-

²⁰ Para Pinel, além da ideia de tratamento pelo trabalho, o tratamento moral “fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas do comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. (...) a associação dessa postura tolerante e humanista, [vem ao encontro] do espírito do tempo da Revolução Francesa, com o esforço de estudar racional e metodicamente o fenômeno da alienação” (PEREIRA, 2004, p.114).

ROSA, 2013), se visto como um *dispositivo* (DELEUZE, 1989) que responde ao poder psiquiátrico, instaurou na sociedade e nas ações dentro de suas instituições totais, um espaço para a exclusão e violência contra o “louco” por meio do discurso da periculosidade da loucura. Embasado em determinadas teorias psicopatologizantes e que defendiam o isolamento do sujeito como forma de tratamento; o modo asilar usava de regras internas que controlavam e puniam os sujeitos do manicômio e da dinâmica institucional baseada na moral, na disciplina e centradas no ato médico. Lembrando que, para Foucault um dispositivo é um conjunto heterogêneo, que inclui os discursos, as instituições, as organizações arquitetônicas, as leis, as medidas administrativas, os enunciados científicos, as proposições filosóficas, morais, filantrópicas, em suma, práticas discursivas e não-discursivas. O dispositivo é ele mesmo a rede que se estabelece entre esses elementos. Ainda para Foucault, o dispositivo é uma formação que num dado momento tem por função máxima responder a uma urgência; ele tem uma função estratégica e está sempre inscrito num jogo de poder (FOUCAULT apud AGAMBEN, 2005).

Através da moral, transversalmente, o discurso higienista desqualificava aquilo que a sociedade burguesa da época queria fazer calar e mesmo combater, como a máxima redução da miscigenação étnica enquanto causadora da proliferação de doenças, a exclusão de pobres e marginalizados de toda a sorte dos centros das cidades dentre outros. Ao mesmo tempo, porém, o higienismo apontava para uma questão que com o passar do tempo foi sendo abandonada – a possibilidade de a música fazer mal à saúde mental.

1.3. *Terapeuticidade da música*

É nesse momento que as experiências que buscavam comprovação dos efeitos neurofisiológicos da meloterapia ou musicoterapia e da farmacopeia musical, fundadas na psiquiatria em aproximação com a neurologia falharam, por trazerem resultados contraditórios entre si. Embora as descrições das propriedades da música em seus efeitos fisiológicos, organizadas na farmacopeia musical fossem abandonadas por um tempo, foram recuperadas posteriormente, com a ajuda de Pinel, quando da aplicação da música no hospício (RIBAS, 1957).

A meloterapia como um “tratamento auxiliar” contra as mais diversas “perturbações psíquicas” se desenvolveu a partir da noção de que a música possibilita efeitos dinamogênicos no psiquismo, “*pelo desvio que o som sem pensamento traz ao exagero dos cérebros exasperadamente visionários, ou intoxicados de uso sem descanso, um verdadeiro repouso espiritual*” (id., p.37-38). A sistematização da meloterapêutica recebeu o nome de

farmacopeia musical e consistia na organização de músicas ou instrumentos musicais que deveriam ser empregados para cada tipo de “moléstia”²¹. No século XVIII, o autor Gordon y Arosta construiu uma farmacopeia dos instrumentos – violino e violoncelo indicado para tratamento de hipocondríacos e melancólicos, contrabaixo para as atonias nervosas, harpa e piano para histeria, trombone para surdez, órgão para os irascíveis, tambor para moléstias nervosas especialmente as que são “acompanhadas por perturbações locomotrizes”, trompa para manias de perseguição dentre outras (id., p. 45-46). A revista italiana “Musica D’Oggi”, datada de 1927 e citada por Mário de Andrade, traz o estudo de um grupo de médicos sobre uma possível farmacopeia musical:

Conseguiu-se de tanto esforço e boa vontade, um receituário em que Schubert vem insultantemente preconizado contra insônia e Beethoven contra o histerismo. A ‘Canção da Primavera’ de Mendelssohn e não sei qual das ‘Danças Húngaras’ de Brahms são prescritas contra a neurastenia. Certas obras, infelizmente não diz quais a revista, de Beethoven e de Bach foram fixadas contra o reumatismo, e aconselhados contra a dispepsia Brahms, Sarazate e o ‘Convite à Valsa’ de Weber (id., p.46-47).

No livro “Esoterismo da Música”²², (apud. ANDRADE, 1956, p.48), Mengel determina simbolicamente os valores “éticos” dos sons da escala, atribuindo por exemplo, a tônica como potência para decisão; a dominante como expressão de comando, autoridade e apelo audaz; a mediantes significando a serenidade contemplativa e a sensível como representação de poder impulsivo, desejo ardente (ANDRADE, 1956, p. 48-49). As fórmulas de compasso rítmicas também possuem suas atribuições em gêneros psíquicos – o ritmo binário como expressão da variedade volitiva; o ternário, como variedade mental e os ritmos irregulares e/ou rápidos como a variedade sensitiva, dentre outros (id.). O autor espanhol Corralè²³ estuda uma espécie de dosificação meloterápica, e considera que a terapêutica musical atua de forma oposta à terapêutica de origem física: se nesta, aos doentes insensíveis à medicação a dose é aumentada, na terapêutica musical, aos insensíveis deve-se diminuir a dose: “músicas mais fáceis, sem grande complexidade, de mais modestas exigências estéticas” (id., p.50), ou, em outros termos, para sujeitos insensíveis à música, deve-se administrar músicas que não tivessem características composicionais modernas.

²¹ A meloterápica se atualizou em novas formas de aconselhamento do uso de música para diversos estados biopsicossociais e culturais do humano, para além da doença. Um exemplo disso se pode encontrar no texto disponível em <<http://www.profala.com/artmusico11.htm>>, acesso em 24 de agosto de 2013.

²² Gastão de Mengel - “L’Ésotérisme de la Musique”, Paris, 1929: citação da bibliografia consultada por Mário de Andrade.

²³ Victor Marin Corralè – “La musica como Agente Terapêutico” – Saragoça, 1935: citação da bibliografia consultada por Mário de Andrade.

Esta ideia geral, defendida por Ferrand desde o século XIX, de que a música deveria ser tomada de forma similar a uma substância; utilizada como agente higiênico, como remédio ou droga que pode intoxicar a depender da dosagem (e do estilo musical); passa a ser amplamente criticada por psicanalistas (ANDRADE, p.52). Pierre Bugard²⁴, psicanalista contemporâneo a Mário de Andrade, nega com veemência os efeitos fisiológicos da música e conclui que a pretensa atuação fisiológica da música seria uma ação psicológica e inconsciente que, por sua vez, produz efeitos no corpo.

O método de experimentação psicofisiológica estudado desde 1880, que buscava comprovar e explicar cientificamente os efeitos orgânicos, neurológicos e psiquiátricos da música fracassou em sua empreitada, pois a meloterapia e a farmacopeia musical ainda permaneciam em um lugar marginal da produção de ciência na psiquiatria. Este método, que havia possibilitado a instituição da farmacopeia musical e da noção da utilidade terapêutica da música é abandonado pelos psiquiatras daquela época, e o que perdurou foi “apenas um interesse marginal, traduzido em algumas teses ou artigos de importância local” (COSTA, 2008).

Nestes trabalhos localizados, entretanto, se construiu inúmeros saberes das ciências da saúde que se utilizavam da música com a hipótese de que ela possui qualidades terapêuticas, ao lado da abordagem higienista da música, a partir da hipótese geral do benefício fisiológico e em consequência, sobre o psicológico:

Ora, não seria razoável, digo mais, instintivo que esse fortíssimo poder biológico da música provocasse a ideia de utilizá-la na medicina? Foi o que sucedeu (...). Toda a medicina universal, desde a feitiçaria dos *medicine-men* primitivos, passando pela medicina popular, pelo empirismo, pela medicina teúrgica das civilizações mais antigas; passando por Platão que já reconhecia na música além do poder de acalmar as perturbações da alma, a força de lutar contra as imperfeições do corpo; São Patrício dizia o mesmo, e Cervantes no *Dom Quixote* quase o mesmo ao afirmar que *la musica, compone los ánimos descompuestos y alivia los trabajos que nacen del espíritu...* Toda a medicina, passando ainda pelo próprio Galeno que dominou a medicina medieval; todo o esoterismo que determinou com audácia verdadeiramente pelotiqueira os efeitos terapêuticos da música, e ainda por Porta que há quatro séculos apenas, ainda podia curar com música todas as doenças (ANDRADE, 1956, p.28 e 29).

Como a música ainda não havia se deslocado do lugar de prática de lazer ou de elemento disciplinar, estas noções sobre a terapêuticidade da música na clínica se desenvolviam paralelamente aos experimentos dos hospitais psiquiátricos. Nas primeiras

²⁴ Pierre Bugard – “Musique et Pensée Symbolique”, Bordéus, 1933: citação da bibliografia consultada por Mário de Andrade.

décadas do séc. XX, os experimentos feitos nos manicômios eram voltados para a “localização da loucura” no corpo, no cérebro, a partir de práticas cirúrgicas que não raramente, exibiam requintes de crueldade, com a hipótese de que a loucura seria uma doença orgânica: se *“o mal era moral, o remédio era o castigo e a reeducação; era necessário aprender a controlar os impulsos e as paixões. Quando torna-se orgânico, faz-se necessários tratamentos químicos, físicos e até cirúrgicos; o mal deveria ser extirpado, ao preço até de se extrair pedaços do corpo do sujeito”* (LIMA, 1997, p.13).

Com a chegada da psicanálise, todavia, essa concepção organicista passa a ser combatida na teoria e na prática. Mas, se a entrada da psicanálise no Brasil, durante a década de 1920, trouxe grandes contribuições para a percepção das artes – artes plásticas e literatura principalmente – como expressão do inconsciente e como atividade cujo processo de produção pode obter efeitos terapêuticos; a meloterapia/musicoterapia foram enterradas pela psicanálise (COSTA, 2008). Isso por que a preeminência da palavra na expressão de conteúdos inconscientes é a matéria-prima da psicanálise, meio preferencial para o tratamento das perturbações psíquicas, e, adicionado ao desenvolvimento da psicofarmacologia, estas se tornam as principais promessas de cura para os problemas psiquiátricos.

Nesse ínterim, na primeira metade do século XX, as características modernas que começam a aparecer na música logo são identificadas como antiterapêuticas. Nos experimentos de Tioli, não se recomendava a música exclusivamente melódica para uso terapêutico, uma vez que a falta de polifonia e harmonia levaria ao obscuro, despertando a necessidade de dar um valor tonal aos sons, e com isso, o sujeito seria levado a uma comoção muito intensa, o que provocaria sofrimentos, “por excesso de ternura e o pranto por gozo excessivo” (ANDRADE, 1956, p.49), o que representa uma crítica direta ao atonalismo e outras tendências modernas na música. Há outros autores italianos (id., p. 50) que afirmam que a música wagneriana é “imprestável para a meloterapia”, uma vez que o compositor do período romântico explorava características modernas com afinco, como o cromatismo²⁵ e a rápida mudança de centros tonais. Já o autor Corralè prefere os músicos alemães para a meloterapia, escolhendo peças de Mendelssohn, Haydn, Bach, Beethoven para obter bons efeitos terapêuticos – ou seja, de compositores clássicos e românticos, e recusa as obras as quais classifica como pletóricas como as sinfonias de Tchaikovsky e algumas obras de Stravinsky, que se caracterizam por explorar sobremaneira a melodia e as dissonâncias, predicados também atribuíveis às explorações da música dita moderna.

²⁵ Cf. Dodecafonismo, na nota de rodapé 14.

Nesta época as disciplinas interventoras no contexto da “doença mental” ainda não haviam enxergado o potencial da relação entre música e subjetividade. No entanto, encontra-se em trabalhos de artistas e literatos, várias tentativas de diálogo a respeito do tema da loucura/doença mental atrelada à música. Mário de Andrade, por exemplo, relevante intelectual e artista brasileiro, produziu obras decisivas no campo da musicologia, literatura e outras artes. Foi um dos idealizadores da Semana de Arte Moderna de 1922 em São Paulo e trouxe diversas contribuições para o estudo da música relacionada à saúde e da história da música brasileira no período do modernismo, na primeira metade do século XX (DINIZ, 2010), e, por isso, se faz importante um recorte sobre sua obra musicológica. Além disso, na breve aproximação do pensamento de Mário de Andrade sobre a música e a terapêutica, foi possível dar visibilidade ao modo como a música se encontrava naquela época.

Mário de Andrade, além da música, se interessava pelo tema da loucura e da psicologia e se propôs a estudar a linguagem a partir de vários enfoques, inclusive o psicológico, aproximando-se de uma psicologia da criação, na busca por uma expressão nova, que trata o impulso lírico e criativo como um “vizinho da sublime loucura” (ANDRADE, 1922, apud. LIMA, 2009, p.80). Contudo, o escritor vai distinguir o trabalho de arte moderna da produção artística dos loucos em seus escritos posteriores, colocando que o componente intelectual e crítico, somada à inspiração psicológica e “subconsciente”, são características da arte moderna, enquanto que a criação artística do alienado é, por si só, o retrato vivo do psiquismo e do inconsciente deste sujeito, afirmando que “só quem não entende a arte moderna pode compará-la com uma arte louca” (LIMA, 2009, p.83). A ideia de comparação entre loucura e arte moderna por parte dos críticos para desqualificar o modernismo foi recebida como insulto por Mário de Andrade. O autor acaba por denunciar o preconceito com o qual a arte moderna foi recebida pelos críticos de artes mais conservadores, mas também dá visibilidade ao preconceito social que se tinha sobre a loucura e que a psiquiatria sustentava – do lugar da incapacidade de produzir arte que não seja a expressão de seu inconsciente. Suas pesquisas folclóricas e seus estudos sobre a terapêutica musical, expressam sua visão sobre a relação entre Saúde Mental e arte.

Uma de suas obras foi dedicada ao estudo da terapêutica musical e, de modo geral, às mais diversas manifestações musicais no Brasil; obra esta feita a partir de uma conferência proferida na Associação Paulista de Medicina, no final da década de 1930, incluída posteriormente em “Publicações Médicas” (LIMA, 2009), e no livro aqui consultado, “Namoros com a medicina” (ANDRADE, 1956). Nesses escritos, Mário buscava explicações acerca da “força biológica excepcional” da música sobre um indivíduo e sobre as massas, o

que, segundo suas hipóteses, advém de duas características essenciais: da força contundente do seu ritmo e da “indestinação intelectual” de seu som (ANDRADE, 1956, p.13). O “poder do ritmo”, segundo o autor, “principalmente se ajudado pelos sons, modifica, transtorna e transforma profundamente um determinado estado cenestésico” (id., p. 36). Esse fenômeno do poder rítmico da música é explicado pelo autor a partir da “vacuidade intelectual” da música, que, mesmo em seu estilo composicional mais descritivo, não fixa imagens e assuntos, deixando o ouvinte “num vazio que nós ativamente preenchemos com os elementos da nossa própria sensibilidade” (id., p.20). A música, para Andrade, não possui imagens com representações inteligíveis, como possui a finalidade prática da arquitetura, em que a imagem das portas remete a função de entrada, ou do teto para cobrir. Assim, o som musical,

se por um lado deixa que o ritmo se manifeste em toda a sua força, puro e sem desvio, por outro lado também se manifesta puro e sem desvio, contendo a sua significação em si mesmo. Deriva disso o seu mistério assombrado e consequentemente a sua maravilhosa força sugestiva (id., p.19-20).

Exemplos históricos não faltam. Começemos pelo uso da música baseado na ideia de *sugestionabilidade* de um indivíduo ou massa (id.). Relatos míticos como o caso bíblico de Davi, que apaziguou com sua flauta as excitações de Saul e o músico grego Timóteo que modificava os estados mentais de Alexandre Magno ilustram esse fenômeno (ANDRADE, 1956; GROUT e PALISCA, 1997).

Além disso, a medicina moderna já possuía certa sistematização da meloterapia para empregar nos casos das moléstias mentais. Mário de Andrade retoma essa tradição e cita algumas experiências importantes, nas quais se pode perceber não somente as atividades com música, como também dá uma prévia sobre o lugar social que ocupa o sujeito considerado “louco”:

São numerosos os manicômios em que não só se faz música como nos casos de Pinel e Charcot em La Salpêtrière, como se permite aos loucos fazerem sua música lá deles, constituídos em pequenas orquestrinhas de pancadaria. Creio ter sido Hervé, o operetista da ‘Mam’zelle Nitouche’, quando organista em Bicêtre, que pela primeira vez reuniu uma orquestra de loucos. As experiências depois se multiplicaram. No asilo municipal para moços idiotas, de Londres, a constituição duma banda entre os reclusos foi o passo mais decisório para a melhoria das condições mentais dos infelizes. O Dr. Ball, na Alemanha, também fez comunicações no mesmo sentido, com exemplos musicados executados por um trio de violino, flauta e piano, constituído de doentes mentais. Ainda em Barcelona o Dr. Rodriguez Méndez, diretor do manicômio de San Baudílio, constituiu uma orquestrinha e um coral de alienados (ANDRADE, 1956, p. 38).

O potencial terapêutico da música, pouco explorado pelas práticas higiênicas e manicomiais, porém, abordada nos estudos minoritários dos autodidatas, era expresso a partir

de duas qualidades principais: da força rítmica como terapêutica para o corpo e da indestinação intelectual das sonoridades para a psiquê (ANDRADE, 1956), que, ao ser combinadas, procurava-se por finalidade uma música que funcionasse à semelhança de um remédio, um procedimento ou uma técnica específica para atuação em saúde (id.). Acontece que, se é da qualidade da ininteligibilidade do som que advém seu alto poder de sugestão e sua função terapêutica mental (id.), a produção de certa rítmica sonorizada colocada intencionalmente para junto do ser biopsicossocial, seria capaz de fazer pensar, querer e agir conforme a administração do “compositor”? Seria possível produzir uma ciência que conhecesse e sistematizasse o emprego da música para produzir certos efeitos, a partir de intervenções em determinados impasses humanos? Poder-se-ia transformar a música em uma tecnologia de saúde, em uma disciplina especializada para a terapêutica?

1.4. Um breve histórico da musicoterapia

A noção de que música faz bem à saúde está presente desde a antiguidade e desenvolveu-se em disciplinas específicas na modernidade, no início do século XX, momento de divisão do saber em saberes especializados, o que permitiu a invenção da terapia ocupacional, arteterapia, dançaterapia e outros saberes e técnicas, no interior de um processo discursivo que se deu para que fosse possível exercer práticas sobre a vida através de certos meios, e que nesse caso, teve como efeito a regulação da relação sujeito-música-saúde mental.

Após a II Guerra Mundial, em diversas partes do mundo ressurgiu o uso terapêutico da música, especialmente para casos de “neuroses de guerra”, “depressão” e outras problemáticas, que inclusive deu origem a importantes experiências nas Américas, como a criação do curso de musicoterapia na Escola de Medicina em Buenos Aires (COSTA, 2008). Os hospitais que abrigavam os soldados traziam músicos, apostando que a música contribuiria terapêuticamente para o tratamento físico e mental, o que foi um marco importante na história da aplicação da música como terapêutica, representando sua primeira utilização em larga escala, abrindo possibilidades de novas aplicações técnicas e demarcações como campo de conhecimento (id.). A partir da metade do século XX, a musicoterapia galgou a posição de disciplina científica e da saúde, propondo a pesquisa dos diagnósticos e dos efeitos terapêuticos da díade som/ser humano (SEKEFF, 2002).

Nessa época, diversas proposições técnicas estavam em desenvolvimento: a psicodinâmica, as teorias da comunicação, a tecnologia áudio-fônica; o que ofereceu uma melhor paisagem teórica para o crescimento da musicoterapia (COSTA, 2008). No desenvolvimento da musicoterapia moderna pós II Guerra, a técnica ampliou cada vez mais

sua área de atuação, sendo estudada também no campo do saber psiquiátrico. Conforme o levantamento de Dias e Sampaio (1999), como procedimento médico-científico, a musicoterapia já foi estudada em “aplicações em pacientes psiquiátricos”, “pacientes com esquizofrenia” e/ou “pacientes psicóticos” (COSTA e VIANNA, 1982; COSTA e VIANNA, 1985; NICK, 1987; CHICAYBAN, 1989), para “hiperatividade” (SOUZA, 1994) dentre outros.

No Brasil, as primeiras associações de musicoterapia foram fundadas por mulheres implicadas com o trabalho social, nos estados do Rio Grande do Sul, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro (COSTA, 2008).

A musicoterapia brasileira se desenvolveu a partir do trabalho de educação musical aplicados à reabilitação, psicopedagogia e psiquiatria, com a abertura de associações e de cursos de formação em musicoterapia a partir do final dos anos de 1960 (id.) sendo que sua origem está nas atividades musicais recreativas, empregadas em hospitais psiquiátricos. Os primeiros escritos especificamente voltados à musicoterapia aparecem também nos anos 60, bebendo de fontes anteriores, como por exemplo, os escritos de Ira Altshuler, de 1944.

Este desenvolvimento ocorreu concomitante a modificações importantes na educação musical no Brasil, a partir da década de 1930, sob influência da leitura de educadores como Dalcroze, Willems e Orff (id.). Nesta mesma década, Villa-Lobos iniciou um projeto de canto orfeônico²⁶ em escolas públicas, apoiado pelo governo federal, com o objetivo de unir as massas a partir da música, vinculado à *disciplina* e ao civismo, o que agradou ao governo em vigor na época (PARADA, 2008).

No Conservatório Brasileiro de Música, no Rio de Janeiro, Antonio Sá Pereira também fez uma oferta de educação musical diferenciada em 1937, criando um curso de Iniciação Musical, em parceria com a professora de música Liddy Chiaffarelli Mignone, que teve contato com os modernistas brasileiros e assumiu a direção do curso em 1938. Inspirada nas ideias modernistas de não se fixar na objetividade como eixo da arte, para utilizar elementos expressivos da realidade subjetiva, Liddy rompeu com as práticas da educação musical direcionada à formação técnica, para preconizar o uso da música para a educação integral do sujeito, desenvolvendo o “‘senso rítmico’, ‘memória sonora’, ‘apurar o ouvido’” (COSTA, 2008, p.03, grifos da autora), e priorizava uma ação pedagógica permeada pelo lúdico, pela criação e ênfase nas atividades motoras e de improvisação. Quando do aparecimento de

²⁶ Inclusive, foi publicado o Decreto nº 22.814 de 28 de março de 1947, que reconhece o Conservatório Paulista de Canto Orfeônico, anexo ao Instituto Musical de São Paulo. Para mais informações, cf. Ribas (1957), que detalha os objetivos do decreto para estabelecimento do Canto orfeônico no Brasil.

alunos com deficiência mental e outras questões, com interesse de participar da iniciação musical, Liddy os mantinha nas mesmas turmas que as das outras crianças, tendo sido precursora do que se denomina hoje de “educação inclusiva”. Em 1948, Liddy formou um curso de Especialização de Professores de Iniciação Musical, para difundir as novas técnicas, e teve como critério de inscrição, que os professores fossem formados em algum curso de música e exigiam, durante o curso, estágio em instituições como o próprio conservatório, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), em diversos institutos especializados, inclusive, no Hospital de Neuro-Psiquiatria do Centro Psiquiátrico Nacional no Rio de Janeiro (id.).

Já com uma inclinação para a “educação especial” e/ou “inclusiva”, no final dos anos 40 e início de 1950, somada às experiências de Helena Antipoff (id.), a formação de professores de musicalização se esforçava para desenvolver recursos profissionais para atuar em “escolas de excepcionais, clínicas psiquiátricas e de reabilitação motora” (id., p. 04). Com isso, o interesse específico no emprego da música com objetivos terapêuticos foi ganhando espaço e adeptos, e, a partir de 1954, “Liddy enviou alunos formados pelo curso para introduzir a música no atendimento dos pacientes do Hospital de Neuropsiquiatria Infantil do Centro Psiquiátrico Nacional, (posteriormente Centro Psiquiátrico Pedro II – CPP II, atualmente Nise da Silveira) e da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), por solicitação dos mesmos” (id., p.05).

Antes disso, os interessados na problemática da música com propósitos terapêuticos eram autodidatas, como é o caso de Mário de Andrade e Carvalhal Ribas, e faziam trabalhos pontuais, localizados e individuais, sem estudos de casos que tornassem visíveis e mesmo questionáveis teorias, técnicas e métodos de terapia musical (id.). Os musicoterapeutas pioneiros, portanto, partiam de sua atuação, principalmente no campo da musicalização, para elaborar a sua prática em Saúde Mental. Ruth Loureiro Parames foi responsável pela introdução da musicoterapia no Brasil no campo da psiquiatria, quando

foi contratada oficialmente no Centro Psiquiátrico Nacional, em 1955, como *técnico em musicoterapia*. Atuou até 1987, tendo participado da fundação da ABMT [Associação Brasileira de Musicoterapia do Rio de Janeiro] e lecionado no primeiro ano do Curso de Formação de Técnicos em Musicoterapia, em 1972 (id., p.02).

Segundo Barcellos (1992), foi em 1969 que, oficialmente, a musicoterapia como profissão foi iniciada no Brasil, a partir da criação do primeiro curso brasileiro de Musicoterapia (id.). Nesse processo de incorporação da educação musical pela saúde (BARCELLOS, 2002), a partir da década de 1960, as experiências musicoterapêuticas

requerem uma especificidade técnica e institucional, fazendo com que várias associações de musicoterapia fossem criadas no Brasil, no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais e São Paulo, com supervisão do musicoterapeuta argentino Rolando Benenzon, teórico que exerceu grande influência na musicoterapia brasileira.

O primeiro programa brasileiro de formação profissional oficial em Musicoterapia foi em 1969, como especialização, no Paraná, estabelecido pela professora Clotilde Espínola Leining (id.). Em 1972, foi fundada a primeira graduação em musicoterapia no Brasil no Conservatório Brasileiro de Música no Rio de Janeiro. Na década de 80, as associações começaram a estreitar as relações entre si, para se fortalecerem na luta pela regulamentação da profissão de musicoterapeuta, em um movimento de unificação da Musicoterapia no Brasil. A partir dessa época e mais fortemente nos anos 90, foram criados novos cursos de graduação e associações em outras cidades brasileiras, sendo que, em 1995 foi criada a União Brasileira das Associações de Musicoterapia (UBAM), e vem crescendo a absorção da musicoterapia nas universidades, nas pesquisas, nas instituições governamentais e em várias direções (BARCELLOS, 2002). Chagas (2003) afirma que a Musicoterapia está em crescimento em nosso país, mas que, muitas vezes, o musicoterapeuta está inserido em uma clínica tradicionalmente marcada pelas práticas médicas. A autora acredita que o musicoterapeuta precisa afirmar seu lugar e a especificidade de sua prática e profissão (CHAGAS, 2003). Barcellos (2001) aponta ainda a necessidade de crescimento da produção de pesquisas por parte dos musicoterapeutas brasileiros.

Bunt (1994; PIAZZETTA, 2006) define a musicoterapia como arte musical subjetiva unida à objetividade de uma ciência. Utilizada por profissionais formados em graduação ou pós-graduação específicos, serve para humanização e ambiência de hospitais, como terapêutica em centros de reabilitação para alívio de dores físicas e psicossomáticas, ambulatórios e mesmo em alguns Centros de Atenção Psicossocial, em escolas para desenvolvimento da cognição e aprendizagem, tratamentos comportamentais e outros (FONSECA et. al., 2006).

Para Dias e Sampaio (1999), a musicoterapia consiste em dar espaço para expressão do cliente, que objetiva corroborar com o “aumento de seu dinamismo conforme um movimento que o retire da passividade em que se encontra” tornando-o um “sujeito ativo e, em última análise, conhecedor de seus problemas e facilitador do tratamento a que se submete” (DIAS; SAMPAIO, 1999, p.25). Os autores contribuem à construção de uma musicoterapia que defende uma visão holística do sujeito e da música, como algo que envolve indivíduos em um coletivo e que juntos compartilham um momento de tratamento (id.). O

processo musicoterapêutico, portanto, se dá no convite ao indivíduo de trabalhar a música, e a música atuará como parte do “projeto terapêutico global” (id., p.20).

Benenzon (1988) define a musicoterapia como o campo de estudo do “complexo som-ser humano-som, para utilizar o movimento, o som e a música, com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade” (id., p.11).

Ruud (1990) se aproxima da psicanálise, para pensar uma musicoterapia dentro da tradição psicodinâmica. Ela considera que a música, como meios de sublimar e canalizar impulsos, de maneira mais aceitável socialmente. Por meio da “catarse”, a música enseja a resolução de conflitos e fortalece a estrutura egóica, aumentando a percepção interna. Uma vez que a música se desvia do ego e se dirige diretamente ao inconsciente, possibilita o autoconhecimento (id.).

Sydenstricker (1991) estudou a musicoterapia como alternativa para psicóticos, com a premissa de que a música funcionaria como um fenômeno transicional em que se observa um aspecto subjetivo – música como elemento não referencial; e um objetivo – cultural e reintegrador. Ela também acredita que o processo musicoterapêutico permite reviver fases arcaicas do desenvolvimento da personalidade (id.).

As especificidades da Musicoterapia, como Bunt (1994) reforça, apoiada no pensamento do musicoterapeuta estadunidense Bruscia, se encontram: 1) na arte ligada à subjetividade, individualidade, criatividade e ao belo; 2) na ciência relacionada à objetividade, coletividade, replicação e verdade; 3) no processo interpessoal, expresso como empatia, comunicação, intimidade, fluência recíproca (BUNT, 1994; PIAZZETTA, 2006).

Uma das principais funções da música, na musicoterapia, é a de facilitar o vínculo e a comunicação entre paciente(s) e musicoterapeuta, que acontece na criação artística deste conjunto, o que proporciona um contato com a sensibilidade que produziria efeitos psíquicos, além da atividade em si poder ser prazerosa. A música, para a musicoterapia, é considerada uma linguagem própria, e não uma arte intermediadora da palavra e da linguagem, conforme Jensen (apud. PIAZZETTA, 2006). Isso pelo fato da música almejar um alcance além da compreensão verbal ou da língua, ou seja, almejar uma linguagem que seja universal. A música na musicoterapia, como coloca Piazzeta (2006), tem função de catalisar e instrumentar a interação musicoterapeuta e cliente, o que é visto como “musicalidades em ação”. Os participantes são detentores de algum material cultural musical advindo de sua vida social e psicológica, que seria a musicalidade de cada um. A “escuta musical” e a “escuta clínica”, a partir das pesquisas de Coelho (apud. PIAZZETTA, 2006) devem somar-se para gerar uma

terceira escuta: a “escuta musicoterápica”. Musicoterapeuta e cliente estão num nível de realidade e a música em outro, sendo assim, “a música na Musicoterapia é interna e externa ao musicoterapeuta e ao cliente ao mesmo tempo. Ela conduz e é conduzida na relação terapêutica que concebe as musicalidades em ação” (PIAZZETTA, 2006, p. 06). Craveiro de Sá (2002), por sua vez, nos traz a luz uma “musicoterapia musical”, conduzida e explicada pela música, pelas experiências de escuta e produções musicais, enfim, com foco para a música produzida como elaboração psíquica. Dias e Sampaio (1999) declaram que a música, na musicoterapia não serve “apenas como fator causador de um ruído monótono sem qualquer fundamento (como era usado em práticas tradicionais), mas se consubstancia em entidade concreta nas terapêuticas individual e grupal, onde são aproveitadas todas as suas nuances e variações” (DIAS; SAMPAIO, 1999, p.20).

Percebemos, na constituição da musicoterapia como profissão e ciência, uma multiplicidade de leituras sobre a música, cujos objetivos variam entre a manifestação artística, o potencial organizador de conflitos emocionais e outros sentidos. As emoções internas ao corpo articulam-se com as estruturas musicais externas, segundo Bunt (1994), que prossegue afirmando que isso não diz respeito a um uso da arte como escape, pois os sentimentos que a música provoca podem não ser os esperados num contexto de terapia, admitindo até mesmo emoções opostas simultâneas causadoras de graus variáveis de sofrimento, o que culminaria numa fusão entre os processos artísticos e científicos na relação musicoterapêutica, se isso não representasse para os profissionais da área uma certa indefinição de sua atividade ou mesmo da amplitude de alcance que a música pode ter, para além do esperado. Por exemplo, na musicoterapia em um hospital ou um serviço de saúde com a mesma dinâmica institucional, a música poderia funcionar como “um elemento modificador e mesmo transgressor do contexto legitimado de silêncio, do ruído, da hierarquia e da rigidez do trabalho hospitalar” (GUAZINA; TITTONI, 2009, p.109).

Sobre a formação do musicoterapeuta, ele fundamentalmente deve ter cursado, simultaneamente, em uma ciência que transita entre humanas e biológicas e que se volta ao tema da subjetividade, e também em música, inclusive, filiando-se, ao terminar o curso, à Associação de Musicoterapia do estado a que pertence. Apesar da musicoterapia não ter uma leitura única da díade música-subjetividade, de forma geral, a música é tida, como uma prática a ser (re)produzida em cada encontro terapêutico, envolvendo a criação e expressão do paciente e musicoterapeuta juntos, seja essa prática em grupo ou individual, com técnicas planejadas e leituras prévias sobre música.

Tais propostas não são novas, no entanto, como afirmam Dias e Sampaio (1999), o que é inovador é o paradigma em que são aplicadas e sua forma de trabalho. Em determinado paradigma, o sujeito/paciente é o produtor principal do processo de produção de saúde e subjetividade. E este paradigma em questão é o da Atenção Psicossocial, aplicadas no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, sobre o qual discorreremos.

2. Contexto histórico da Reforma Psiquiátrica brasileira

2.1. Histórico breve sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira e a Luta Antimanicomial

O Brasil do final dos anos 70 e início dos anos 80 estava passando por um período difícil de sua história – a ditadura militar. Após a emenda constitucional de 1985, que acabava com alguns vestígios da ditadura, começa a surgir no país importantes movimentos democráticos e em defesa dos direitos da população, como por exemplo, o Movimento da Reforma Sanitária, nascido nos anos de 1970 no meio acadêmico e que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS). Surgiu também um movimento popular e de trabalhadores da Saúde Mental: o Movimento da Luta Antimanicomial, pela necessidade de interromper as práticas denunciadas de tortura, violência e maus tratos realizados em sanatórios, decorridas de longos períodos de asilamento e exclusão do convívio social. Como uma paráfrase do termo “Reforma Sanitária”, o nome estratégico “Reforma Psiquiátrica brasileira” (RPb) marcou como data de seu início a década de 1980 na “história oficial”; todavia, este não foi o primeiro movimento reformista no campo psiquiátrico do Brasil (COSTA-ROSA, 2013). No entanto, aqui consideramos como RPb as ações baseadas em determinados âmbitos – que serão esclarecidas a seguir – a partir da definição tal como foi proposta por Amarante (1995), que delimitou um período histórico; a partir de 1987 até a atualidade; e viabilizou a acessibilidade as fontes do arquivo.

Com vistas a modificar o pensamento social sobre a loucura, egressos de internação, familiares e profissionais da Saúde Mental dão início ao Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental, nos anos 90, que produziu diversos momentos que foram marcos da chamada Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Reflexo disso, hoje se mantém o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e outros movimentos, que abrem espaço para a constituição de novas instituições e ações das políticas públicas e da sociedade em defesa da cidadania e de outro lugar que não o do louco aos sujeitos em sofrimento psíquico, na busca pela instauração de um novo processo político, institucional e cultural. O Movimento Nacional da Luta

Antimanicomial defende alguns princípios, que podem ser elencados em cinco principais (LOBOSQUE, 2001):

- 1. *“a consideração da dimensão da subjetividade nas experiências da loucura em particular, e na luta política em geral”* (LOBOSQUE, 2001, p. 19), o que se deve também as contribuições da psicanálise a respeito da imprescindível participação do sujeito na produção de sua realidade – social e psíquica – mesmo que a partir de manifestações inconscientes;

- 2. *“a extinção do hospital psiquiátrico e sua substituição por um modelo assistencial radicalmente diverso”* (id.); uma das principais bandeiras do movimento da luta antimanicomial, senão a principal, e que se coloca em confronto direto com o paradigma da psiquiatria hospitalocêntrica;

- 3. *“a abordagem das experiências da loucura deve apontar para a sua presença e produção no espaço da cultura”*. Aqui, as práticas musicais terapêuticas e extra-terapêuticas no contexto da luta antimanicomial representam um tipo de produção de abordagens às experiências da loucura como luta política que movimenta a cultura (id.), o que vai de encontro às práticas da psiquiatria hospitalocêntrica, de isolar o sujeito em espaço restrito para realização do tratamento (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

- 4. *“o movimento antimanicomial é um movimento social, que organiza trabalhadores, familiares e usuários de Saúde Mental no combate às diferentes formas de exclusão da loucura”* (LOBOSQUE, 2001, p.20); princípio que aponta uma ruptura com a perspectiva psiquiátrica científica, que toma o sujeito como objeto de pesquisa e intervenção;

- 5. *“o movimento antimanicomial, em aliança com outros segmentos da sociedade civil organizada, participa de uma luta política por transformações estruturais da sociedade”* (LOBOSQUE, 2001, p.20).

Os princípios defendidos pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial introduzem a Atenção em Saúde Mental numa dimensão de modernização dos serviços e de suas ofertas de tratamento, de “humanização”²⁷ destas e descronificação dos “pacientes psiquiátricos”, ao mesmo tempo em que se lutava pelo direito de uma saúde pública e de acesso universal à população brasileira, por intermédio do movimento dos sanitaristas (AMARANTE, 2007). A partir da lei da Reforma Psiquiátrica – a Lei Federal nº 10216 de 06

²⁷ O conceito de “humanização”, segundo Benevides e Passos (2005), pode ser entendido como estratégia de interferência nas práticas em saúde, com vias de “desidealizar o humano”, mas “reencantar o concreto” do trabalho em saúde com o humano, “levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” (id., p. 391).

de abril de 2001 – a luta se volta ao estabelecimento de um sistema de políticas públicas de Saúde Mental no SUS, alternativo ao modelo hospitalocêntrico de forma a garantir uma nova resposta ao sujeito em sofrimento psíquico, atendendo, até certo ponto, aos anseios dos movimentos das reformas sanitárias e psiquiátricas.

Dentro desse modelo inspirado nas experiências de desinstitucionalização, foram instituídos no Brasil pelas portarias ministeriais 189/91 e 224/92, várias modalidades de instituições de atenção psicossocial, que implicam em substituir os antigos hospitais psiquiátricos por novos locais e estratégias de “cuidado”. Dessas portarias, se desenvolveram os hospitais-dia, os leitos de Saúde Mental em hospitais gerais, os serviços residenciais terapêuticos, as *oficinas protegidas*, os Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOs) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Houve implantação de leis e portarias para a Reforma Psiquiátrica e criação de serviços substitutivos ao manicômio, como a já citada lei nº 10.216 de 2001, conhecida como lei Paulo Delgado ou lei da Reforma Psiquiátrica; a Lei Federal nº 9.867 de 10 de novembro de 1999, que cria e institui o funcionamento das cooperativas sociais; a portaria nº 336 e a portaria nº189, ambas de 2002, que reestruturou e institui os diferentes modelos de Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com a complexidade do território e tamanho da população do município (CAPS I, II, CAPS i – infanto-juvenil, CAPS ad – álcool e outras drogas e CAPS III – funcionamento 24 horas por dia e finais de semana); e, as leis municipais que criam os Centros de Convivência e Cooperativas ou Centros de Convivência e Cultura, dentre outras. Apesar de essenciais para a implementação de uma política pública de Saúde Mental que se constitua de forma inclusiva e territorial, o grande número de leis e portarias tem sido, algumas vezes criticado, pela institucionalização progressiva de uma política que se quer, ao mesmo tempo, viva e inventiva.

A experiência brasileira de Reforma Psiquiátrica foi inspirada por experiências em outros países (FLEMING, 1976) como a ruptura total com o manicômio segundo a desinstitucionalização italiana; e a substituição do hospital psiquiátrico por uma rede regionalizada de serviços assim como na França, dentre outros, não sem adaptações legislativas e cotidianas à realidade brasileira. Uma das características mais importantes, tanto da desinstitucionalização italiana quanto da psiquiatria de setor e psicoterapia institucional francesa e de outras experiências estrangeiras, foi a da crítica ao modelo sobre o qual o ato terapêutico era tomado como ação exclusiva da Psiquiatria e do hospital psiquiátrico. Ao invés disso, passou-se a olhar para o problema político que se manifesta e é demonstrado pela experiência de sofrimento psíquico (id.). Em todas essas perspectivas há a ideia de que a

sociedade deve se responsabilizar e lidar com esta problemática sem a falsa proteção conferida ilusoriamente pelo isolamento do “louco” e estigmatização da “loucura”. Na proposta da reforma italiana, questionava-se o que a sociedade pensava sobre a loucura e o processo de centralização dela nas mãos da psiquiatria e do manicômio (BASAGLIA, 2005; AMARANTE, 2007). Consequentemente, seriam necessárias propostas desinstitucionalizantes, que possibilitassem outras saídas para acolher as crises e agravamentos do sofrimento psíquico que não a internação em hospitais psiquiátricos. Amarante (1996) distingue diversas formas de compreender o conceito/fenômeno da desinstitucionalização: uma delas é a desinstitucionalização como desospitalização, que considera a implantação de medidas saneadoras e racionalizadoras como meios de provocar um rearranjo administrativo dos equipamentos de saúde, assim como a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidados. Outra forma de desinstitucionalização é a desconstrução, que visa o olhar crítico ao modelo psiquiátrico, para construir novos espaços de subjetivação (id.).

Assim, na Saúde Mental Coletiva, trabalha-se com uma rede de relação entre sujeitos: os profissionais das mais diversas áreas de conhecimento, os sujeitos que vivenciam as problemáticas e são usuários do serviço de Saúde, familiares e outros que compõem o Território (AMARANTE, 2007). Embora, a desinstitucionalização, inicialmente lutasse pela retirada da loucura do campo da doença, do tratamento moral e da instituição total, seu processo passou também pela “instituição” de novas instituições para substituir os dispositivos criticados por novas formas de cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, que viabilizasse à loucura a convivência em sociedade e ao “louco”, um deslocamento desse lugar de “doente” para uma outra forma de existir e se expressar no mundo.

2.2. *As oficinas e as práticas musicais no contexto da Reforma Psiquiátrica*

A) A construção histórica do conceito de “Oficina”

No contexto anterior à RPB, não se falava em oficinas em Saúde Mental, mas em *atividades, trabalho*, ou disciplinas como “laborterapia, ergoterapia, praxiterapia” aplicadas às “patologias mentais” (LIMA, 2008, p. 63). A utilização do trabalho e das atividades no campo psiquiátrico tem, desde o século XVII, função auxiliar na manutenção da ordem social. Naquele momento em que grandes asilos se formavam sob a tutela de leigos e onde a psiquiatria não havia se instalado na área médica, era feita a “assistência aos grupos

inadaptados às regras sociais” (GUERRA, 2008, p. 25). Uma nova organização teórico-prática foi introduzida por Pinel, que, tomando a loucura como patologia, concebeu um tipo de uso terapêutico do trabalho e da atividade com finalidades curativas e moralizadoras. Em seguida, quando das reformas psiquiátricas do fim do século XX, tal uso tornou-se “índice de reabilitação ou reinserção social, na busca pelo resgate da cidadania” (id., p. 26). Numa proposta mais política do que clínica do uso das atividades, as ideias reformistas de superar o manicômio e substituí-lo por outros dispositivos mais abertos se organizam, de maneira inédita, caracterizados por alguns aspectos – o aspecto inventivo das atividades como resposta crítica às demandas sociais de ortopedia mental; o aspecto questionador da reforma sobre a iatrogenia do ambiente asilar e da ergoterapia usada unicamente para ocupação do tempo e exploração dos pacientes como mão-de-obra; as metamorfoses da concepção de “terapêutico”, que chegou à noção atual de “ampliação das possibilidades de trocas na vida pública”; o rompimento com a base do trabalho com objetivos educativos e moralizantes no interior do hospital e avanço para o território vivo em que se dão as trocas sociais de fato (id., p.31, grifo do autor).

No Brasil, as atividades e o trabalho no seio da psiquiatria e da Saúde Mental passam por alguns momentos decisivos. Primeiramente, a trajetória higienista; depois, com a entrada da psicanálise no Brasil, abre-se uma nova dimensão do uso das atividades e, por fim, o modelo antimanicomial pertinente à RPb atualiza o modo de utilizar as atividades no contemporâneo.

Sucintamente, no período higienista, o aparecimento das colônias agrícolas brasileiras, na década de 1920, foi o eixo estruturante do trabalho e da atividade, desde que a loucura passara a ser recolhida pelas Santas Casas de Misericórdia, enviada e mantida nos asilos. Após o advento da psiquiatria científica que impunha aos loucos o trabalho como terapia, a isso se associava a eugenia, a partir de construtos da teoria da degenerescência de Morel acerca de tendências naturais que as classes populares teriam de desenvolver certos distúrbios mentais, tendências que poderiam ser corrigidas por diversos meios, dentre eles, pela reeducação para o trabalho. As colônias surgem em todo o Brasil com o ideal de ocupar e tratar os loucos pelo trabalho. Uma das primeiras foi inaugurada em 1898 – o Hospital do Juqueri, do governo estadual de São Paulo. Lá praticavam a praxiterapia, o tratamento pelo trabalho, que incluía atividades rurais. As artes e a música – conforme vimos na experiência da banda do Juqueri – não eram vistas como atividades de tratamento moral, mas como lazer, diversão e funcionava como ferramenta de disciplinamento dos internos. Em 1911, a Colônia Juliano Moreira – exclusivamente masculina e o Centro Psiquiátrico Nacional de Engenho de

Dentro – colônia feminina, foram criados no Rio de Janeiro; sendo que em ambas eram realizadas atividades de cunho rural e artesanais, muitas delas na intenção de complementar os rendimentos da colônia (id.).

No trajeto da Saúde Mental, as atividades tiveram novo impulso na década de 1940, a partir das proposições de Nise da Silveira sobre uma terapêutica ocupacional, apesar da hegemonia do pensamento orgânico-biologicista da psiquiatria brasileira, inspirada no higienismo que se fortalecia. Alvo de muitas críticas na época, suas práticas foram posteriormente reconhecidas e inspiram as atuais oficinas. O uso de atividades terapêuticas foram adquirindo valor mundial, no contexto do pós-Guerra, em que se primava pela recuperação dos ex-combatentes, por meio da terapia ocupacional e da musicoterapia, profissões em *status nascendi*. Orientada pela psicologia junguiana e posicionada contra os abusos da exploração da mão-de-obra gratuita, Nise da Silveira preconizava *a produção subjetiva do “louco” e suas manifestações*, em detrimento do arsenal psiquiátrico de orientação biológica e inovou ao oferecer tratamento ocupacional não somente aos doentes crônicos, mas também a pacientes agudos, além da ocupação ser “livremente escolhida, metodicamente dirigida e só eventualmente útil ao hospital [...] buscando-se realmente o benefício do paciente” (id., p.35). As atividades foram agrupadas numa grande diversificação de oficinas que envolviam: o esforço característico do trabalho (sapataria, marcenaria, costura etc); atividades expressivas (pintura, escultura, *música*, dança); atividades recreativas (passeios, jogos, festas, rádio); e atividades culturais (escola, biblioteca) (id.).

A dimensão estética, além da recreativa, ganha espaço junto ao reposicionamento da oferta de atividade, não mais como obrigação e com expectativa de produtividade, mas como convite à participação. A marca diferencial da terapêutica ocupacional introduzida por Nise da Silveira pode ser organizada em cinco pontos basilares: I. Ofertas de atividades expressivas em pé de igualdade com as outras terapêuticas disponíveis na psiquiatria; II. Renda do trabalho não mais revertida para o hospital, pois a finalidade das atividades eram majoritariamente clínicas, atuando sobre as manifestações plásticas e artesanais dos conflitos intrapsíquicos ou mesmo considerando a própria produção artística como um ato terapêutico; III. A oferta de atividades a pacientes agudos e não somente aos crônicos; IV. A atividade como convite e não como imposição da instituição; V. A postura de respeito e atenção ante a produção subjetiva da e na Loucura (id.). Estes cortes epistemológicos na cultura psiquiátrica da reabilitação influenciaram decisivamente na noção, que concebemos sobre o que são as oficinas na atualidade.

Nas décadas de 1960/1970, conhecida como época da “Indústria da Loucura”, a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos, os convênios destes com o sistema de Saúde da época (o Instituto Nacional de Previdência Social) e lucro massivo extraído das internações no setor privado a partir do sistema de credenciamento da Previdência Social, tornaram o campo da Saúde Mental um grande negócio. Com a introdução de novas tecnologias medicamentosas e o crescimento da indústria farmacêutica como meios de tratamento mais modernos e rápidos, às atividades terapêuticas não tinham nenhuma relevância, ao contrário, só era exercida por exigências legais.

Já na conjectura da RPb e do modelo antimanicomial, após um longo período de transição, marcado pelo descaso político, econômico e clínico na década de 1980, a associação entre o clínico e o político nos movimentos de descentralização, territorialização, municipalização e participação social na formação de um sistema público de Saúde e de uma ampla Reforma Psiquiátrica, traz novas feições às atividades em Saúde Mental (id.). O termo “oficinas” tem sido muito utilizado como metonímia de toda prática ligada à arte e produção artística e subjetiva no campo da RPb. Grupos de atividades, laboratórios, ateliês (LIMA, 2004); a essa diversidade de ações, sob o desígnio de *oficina*, está representado discursivamente por um “amplo espectro de experiências terapêuticas e extra-terapêuticas de diferentes formatos e composições” (LIMA, 2007, p. 61). Por isso, vamos discutir brevemente a história do termo oficina. Sua “origem”, do latim *officina*, denota tanto o exercício de um ofício quanto o ensino deste. Como exemplo, a oficina mecânica em que se consertam carros, o mecânico compartilha seu saber com seu ajudante, um aprendiz, para desenvolvimento de aptidões (AURÉLIO apud GALETTI, 2001). A oficina como forma de transmissão de informações artístico-culturais só ganhou um novo formato recentemente, a partir dos *workshops*, ou atividades ministradas por profissionais específicos e em destaque na área da arte, com objetivos de transmitir ideias e demonstrar técnicas, habilidades e o virtuosismo na produção e/ou execução artística (ZANETTI, 2007). No entanto, ao mesmo tempo em que se afirma o lugar de especialista do artista como *showman* e professor no espaço do “autêntico” *workshop*, a oficina, nas novas perspectivas que tem tomado atualmente, também oferece a todos a condição de exercer uma atividade artística. Tal noção coloca a arte como uma “atividade cotidiana de acesso a todos [...]. O conceito de arte que está implícito nesse entendimento é o de uma atividade ligada à área da cultura que permite a criação de obras ou atividades artísticas” (id., p.10).

Até a década de 1970 e 1980, portanto, a concepção de oficina já não era somente algo que remetia ao trabalho artesanal, autônomo e ensinado *artesanamente*, mas centralizava-se

em grupos e instituições ligados à área da arte, da cultura e, posteriormente, a outras áreas, como é o caso da Saúde Mental. Preocupadas “em romper com o sistema asilar” e em reduzir o “uso de intervenções terapêuticas mais tradicionais, em favor de propostas alternativas, que valorizam as várias dimensões dos processos de subjetivação” (GALETTI, 2001, p. 06), a oficina passa a ser também nome de um dispositivo novo, que convoca à ideia de novas propostas terapêuticas:

Seu uso tem sido frequente e quase corriqueiro na clínica “psi” para designar um amplo espectro de experiências terapêuticas e extras-terapêuticas, de diferentes formatos e composições. Quase sempre amparado na crítica à psiquiatria tradicional e portanto respaldado pelas concepções da reforma psiquiátrica, o universo das oficinas não se define por um modelo homogêneo de intervenção e nem tampouco pela existência de um único regime de produção, ao contrário, é composto de naturezas diversas numa multiplicidade de formas, processos e linguagens (id., p.16-17).

Ou seja, para introduzir a diferença e alterar as práticas cronificantes das antigas instituições do modo asilar, os profissionais de saúde mental têm se aventurado a inventar novas formas espaços de atuação (COSTA-ROSA, 2000), desconstruindo enquadres, especialidades e rigidez nas expressividades, predicados próprios da chamada “Clínica Tradicional”. E por essa razão, algumas vezes ela perde sua importância no trabalho da Saúde Mental, de acordo com Luzio (2010), uma vez que diferentemente “dos tradicionais procedimentos terapêuticos da saúde, as matérias-primas mediadoras dos encontros realizados nas oficinas nem sempre são consideradas material necessário e imprescindível para o tratamento em serviços de saúde” (id., p. 83).

B) As oficinas no contexto das leis e portarias da Reforma Psiquiátrica brasileira

Segundo os anais do primeiro Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro em 1997 (MELLO, 2001), oficina é um termo que designa atividades que acontecem em instituições de Saúde Mental “interessadas em romper com o modelo asilar” (id., p. 04).

Foram definidos três grupos de significados para tal prática: a ideia de criação artística como motor da terapêutica, um espaço de constante experimentação; a ideia de um espaço no qual realizam-se trabalhos manuais e/ou mecânicos, com o objetivo de ampliar a capacidade relacional dos sujeitos participantes da atividade e a ideia de promover interação, socialização e convivência entre os membros da oficina (id., p. 04).

Mas antes de se ter uma definição do que eram as oficinas, elas já estavam regulamentadas por leis e portarias ministeriais. No ano de 1991, por exemplo, foi publicada a portaria nº 189 pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que aprovou a inclusão de grupos e procedimentos novos na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) na área de Saúde Mental, adotada em serviços como hospitais psiquiátricos, ambulatórios e Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS). Esta disposição diz respeito à alteração do financiamento das ações e serviços de Saúde Mental, de modo a substituir o modelo tradicional – o asilar – por ações *psicossociais*.

Com a finalidade melhorar a qualidade da atenção em Saúde Mental e considerando a necessidade de diversificar os métodos e técnicas terapêuticas, visando uma atenção integral a esse grupo e a necessidade de tornar compatíveis os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo de assistência proposto, foi aprovado um código exclusivo para “Atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2004). Este inclui a “oficina terapêutica”, com um código específico para preenchimento da tabela de informações, tabela esta que era ligada ao financiamento das práticas em Saúde Mental. No código específico de “Atendimento em Oficinas Terapêuticas I”, está definido a quantidade de componentes das atividades grupais – no mínimo 5 e no máximo 15 pacientes; o profissional que a coordena – um funcionário de nível médio; a duração da atividade – no mínimo duas (2) horas, e, os objetivos das oficinas e os critérios para ocorrerem em determinada instituição: sociabilização, expressão e inserção social por meio de atividades de carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina (id.). Serão realizadas em serviços extra hospitalares, que contenham equipe mínima composta por quatro profissionais de nível superior, devidamente cadastrados no SIA para a execução deste tipo de atividade” (id.). Há também um código diferenciado para “Atendimento em Oficinas Terapêuticas II”, cuja alteração é apenas a de ser realizada por um profissional de nível superior, não sendo modificadas as outras definições.

Em 1992, a portaria da SNAS nº 224, regulamentou o funcionamento de todos os serviços de Saúde Mental, que, além de incorporar novos procedimentos à tabela SUS, regimentou o funcionamento dos hospitais psiquiátricos, uma vez que estes foram em grande parte da nossa história, espaço de exclusão e tortura. Além de normatizar o funcionamento dos Ambulatórios e serviços de Atenção Primária (Unidades Básicas de Saúde por exemplo); CAPS ou NAPS; Hospitais-Dia; unidades, serviços e leitos para urgências psiquiátricas em

Hospital Geral; e, hospital especializado em psiquiatria; discriminados os seus respectivos recursos humanos, a portaria dispõe que a assistência ao paciente no NAPS/CAPS e Hospital-dia deve incluir as oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas e outras (BRASIL, 2004).

Dez anos depois, em 10 de outubro de 2002, o secretário de Assistência à Saúde da época colocou em vigor a portaria de nº 728, que altera e regulamenta os procedimentos de Oficina Terapêutica. Ao tratar da qualificação da assistência às pessoas portadoras de deficiência e à rede assistencial ambulatorial em Saúde Mental, a portaria resolveu que os códigos procedimentais para preenchimento da Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) seriam modificados, deixando de ser o código denominado “Atendimento em Oficina Terapêutica” I ou II para tornar-se “Oficina”, além da alteração da descrição classificatória da atividade, que dá como exemplo, o número utilizado para classificar a atividade de “Reabilitação”, voltada para deficiência mental e autismo. Deste modo, o preenchimento da Tabela SIA/SUS teria números modificados, mas o mesmo nome para os procedimentos. O que antes era designado por “Atendimento em Oficina Terapêutica I para Pessoas Portadoras de Deficiência” e “Atendimento em Oficina Terapêutica II para Pessoas Portadoras de Deficiência”, seria substituído apenas por “Oficina”. Os dois tipos de Oficinas se diferenciariam pelo código a ser escrito na Tabela, pelo número de pessoas participantes da atividade – sendo a antiga nomenclatura “Oficina Terapêutica I” para no máximo 15 pacientes e a II, para 10 pacientes. A oficina, nesta portaria, é definida como

Atividade Profissional em Grupo [...] de socialização, expressão e inserção social com duração mínima de 2 (duas) horas executada por profissionais de nível médio, através de atividades profissionais tais como carpintaria, costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, entre outros. As oficinas terapêuticas poderão funcionar, não apenas na própria unidade, mas também em outros espaços específicos, com a condição de estarem sob supervisão e acompanhamento de profissional de reabilitação. Deverá contar com equipe composta de, no mínimo 4 (quatro) profissionais de nível superior, sendo pelo menos 1 (um) na área de reabilitação (BRASIL, 2002).

Com diferentes níveis de hierarquia, tipo de serviço, classificação e outros dados, o preenchimento desta tabela foi proposto para garantir o financiamento público dos serviços. Do mesmo modo, as “Oficinas Terapêuticas para Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais”, divididas entre I e II, se diferenciam das Oficinas I e II voltada à “Reabilitação dos Deficientes”, não somente pelo nome e valor do financiamento, mas também pelo fato das oficinas funcionarem não somente na própria unidade, mas também em outros espaços, sob a condição de estar em supervisão e acompanhamento de profissional de Saúde Mental da

unidade de saúde à qual a oficina está vinculada no caso da Oficina I, e funcionar em outros espaços “desde que o profissional responsável pela execução do procedimento esteja lotado na unidade de saúde à qual a oficina está vinculada”, no caso da Oficina II.

É digno de nota que a noção de *reabilitação*, que aparece nesta portaria citada como pertinente ao campo da “deficiência”, já estava sendo usada no campo da Saúde Mental, caracterizada como *reabilitação psicossocial*. Desde as discussões sobre a desinstitucionalização, falam-se em práticas reabilitadoras em Saúde Mental. Com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e substituição destes serviços por outros, modificou-se o tipo de demanda dos sujeitos em sofrimento psíquico, que estavam deixando o lugar de exclusão, para fazer parte da sociedade como cidadão. Era necessário lidar com a cronificação que o sujeito com impasse psicótico carregava consigo que, segundo Saraceno (1999), era produzida pelo funcionamento da instituição em que estavam internados e pelas estratégias do modelo psiquiátrico biomédico sob os quais estavam submetidos. A reabilitação psicossocial, por isso, defende a intervenção no ambiente social, com ações extramuros, que articule novas possibilidades do sujeito habitar o social, preservando-se e resgatando sua história (id.). A partir de tecnologias e estratégias de reconstrução das redes de contratualidade social e do exercício da cidadania, a reabilitação psicossocial visa atuar em três cenários - casa, trabalho e rede social (PITTA, 1996, p. 19).

Frequentemente, a reabilitação psicossocial é associada às oficinas como formas de intervenção que possibilitem seus objetivos. Considerando a oficina como espaço potencial de efeitos terapêuticos, sociabilizadores e até mesmo de profissionalização, a reabilitação psicossocial certamente encontra nas oficinas uma ferramenta para seus objetivos, além de utilizar de uma ação que pode ser realizada em outros espaços institucionais que não os de Saúde Mental, como também criar formas alternativas de intervenção psicossocial, distintas daquelas empregadas no modelo psiquiátrico hospitalocêntrico.

Todavia, ao entendermos que a “doença”, “incapacidade” ou “inabilidade” não estão situadas no sujeito e que o processo saúde-adoecimento não se dá individualmente, o nome *reabilitação psicossocial* se tornaria controverso, na medida em que afirma que haveria uma “falta de habilidade” que o sujeito adoecido supostamente perdeu. No entanto, a reabilitação psicossocial dá sua contribuição no momento em que oferece espaços coletivos de problematização da existência-sofrimento, de modo que a atenção em Saúde Mental seja paradigmaticamente transformada em práticas de Saúde Mental Coletiva (COSTA-ROSA, 2013; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Portanto, o nome “modo psicossocial”, para além de “apoio psicossocial” ou “reabilitação psicossocial”, é mais amplo, pois considera a

diversidade das práticas, a ética de inclusão e a desinstitucionalização como processo ético-estético-político que desconstrói o lugar de poder do outro – da Psiquiatria, da tutela institucional e do especialista-reabilitador sobre o sujeito em sofrimento psíquico, além da cisão entre normalidade/anormalidade (id.).

Voltando à questão das oficinas, uma contradição muito comum é afirmar que as oficinas são “práticas alternativas”, embora o termo já faça parte do campo legislativo da Saúde Mental e da RPb, ou seja, a oficina é uma realidade normativa. O Ministério da Saúde (2004) definiu que os serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial e os Centros de Convivência e Cooperativas/Cultura devem oferecer oficinas artísticas e terapêuticas, de maneira que elas sejam seus principais meios de intervenção. Oficinas *terapêuticas*, como modos de operar ações de “cuidado” nos estabelecimentos institucionais citados, a partir de práticas expressivas (espaços para expressão corporal, verbal, musical e artística), geradoras de renda e de valor (que possibilite o aprendizado de atividades que sirvam como fonte de trabalho e renda) ou educativo-pedagógicas (alfabetização destinada aos que não foram inseridos no mundo letrado, computação e outros).

Os NAPS/CAPS como serviços de atenção diária em Saúde Mental substituem ao hospital psiquiátrico no que tange ao “atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes” (BRASIL, 2004) e, por definição, *devem* oferecer atividades variadas neste espaço, proporcionando atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas e lúdicas, arteterapia, para além da medicação que antes era considerada a principal forma de tratamento (MIELKE et al., 2009). A questão é que, o que há de “práticas alternativas” nisso?

Uma “cartilha” do Ministério da Saúde sobre a Saúde Mental no SUS trata e faz recomendações do funcionamento dos CAPS, trazendo uma definição das oficinas terapêuticas como “uma das *principais* formas de tratamento oferecido nos CAPS” (BRASIL, 2004, p.20, grifo nosso). Afirma que os CAPS possuem, geralmente, mais de um tipo de oficina terapêutica, que são realizadas em grupo, com a presença e orientação de profissionais, monitores e/ou estagiários – um ou mais. Inclusive, os serviços de Atenção Psicossocial podem dispor de uma equipe técnica interdisciplinar, incluindo profissões diferentes da área da saúde, tais como: *músicos*, artistas plásticos, artesãos, dentre outros, o que depende da possibilidade de cada serviço em relação à demanda característica dos usuários de cada unidade, bem como das especificidades de cada cidade.

E nas oficinas realizam-se vários tipos de atividades que podem ser definidas a partir do interesse dos usuários, das possibilidades dos profissionais do serviço, das necessidades

institucionais, sociais e familiares, para desenvolvimento de habilidades, produção de valores e cidadania. O texto exemplifica, de forma geral, algumas modalidades de oficinas terapêuticas, dividindo-as em:

- Oficinas expressivas: espaços de expressão plástica (pintura, argila, desenho etc.), expressão corporal (dança, ginástica e técnicas teatrais), expressão verbal (poesia, contos, leitura e redação de textos, de peças teatrais e de letras de música), expressão musical (atividades musicais), fotografia, teatro.
- Oficinas geradoras de renda: servem como instrumento de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que pode ser igual ou diferente da profissão do usuário. As oficinas geradoras de renda podem ser de: culinária, marcenaria, costura, fotocópias, venda de livros, fabricação de velas, artesanato em geral, cerâmica, bijuterias, brechó, etc.
- Oficinas de alfabetização: esse tipo de oficina contribui para que os usuários que não tiveram acesso ou que não puderam permanecer na escola possam exercitar a escrita e a leitura, como um recurso importante na (re)construção da cidadania (BRASIL, 2004, p. 20-21).

No item seguinte ainda constam que outras atividades um CAPS pode realizar:

- Atividades comunitárias: atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Exemplo: festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinema, entre outras.
- Oficinas culturais: atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia (BRASIL, 2004, p. 21).

Nas duas últimas Conferências Nacionais de Saúde Mental, é possível perceber a evolução da noção de oficinas terapêuticas e demais práticas artísticas em Saúde Mental. Nas Conferências, espaços de construção política da Saúde Mental Coletiva no SUS, são feitas propostas a serem votadas, nos níveis municipal e estadual e concluídas na esfera federal, e seus resultados são escritos em um Relatório de amplo acesso via internet. Tal relatório é posteriormente apresentado ao Conselho Nacional de Saúde, encaminhado oficialmente para os setores da gestão de diversos níveis das políticas públicas e é tido como um documento que “expressa as recomendações dos atores do campo da saúde mental e da intersetorialidade para a temática da saúde mental no SUS” (BRASIL/MS, 2010).

Na III Conferência realizada em 2001, comemorou-se a promulgação da lei 10.216, ocasião de reafirmação dos princípios da RPb e necessidade de reorientar o modelo da atenção em Saúde Mental Coletiva, a partir da reestruturação da atenção hospitalar em Saúde Mental e a expansão da rede em uma assistência mais comunitária. Já na IV Conferência

Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, outro cenário se coloca: os já conquistados avanços da rede de serviços comunitários em Saúde Mental Coletiva mostravam, por outro lado, suas dificuldades em se estabelecer por conta da complexidade que visavam alcançar, lançando mão da interprofissionalidade e intersetorialidade, para que, além da expansão de uma rede de serviços de Saúde, se conseguisse efetivar um “trabalho em rede”, para atender um sujeito que vive e tece (em) suas próprias redes.

Na III Conferência, algumas das propostas são dignas de nota. Uma delas preza pela garantia de criação de mecanismos de implementação municipal de serviços substitutivos com equipes multiprofissionais, *oficinas terapêuticas*, CAPS e outras formas de atenção em Saúde Mental Coletiva²⁸. Há também a que reafirma a garantia de espaços de *promoção de Saúde Mental* “estimulando a criação de grupos de convivência e *oficinas terapêuticas na comunidade*, trabalhando de modo interdisciplinar [...], investindo em *atividades musicais*, pintura, escultura, esporte, teatro e outras”²⁹:

Os espaços de promoção de saúde mental devem ser garantidos, estimulando a criação de grupos de convivência e oficinas terapêuticas na comunidade, em parceria com o serviço público, trabalhando de modo interdisciplinar e investindo na saúde mental das crianças, adolescentes, adultos e idosos, além de criar oportunidade de trabalho para atores sociais e profissionais de diversas áreas de conhecimento, tais como músicos, dançarinos, professores de diversos esportes, investindo em atividades musicais, pintura, escultura, teatro, plantas ornamentais e medicinais (saúde mental comunitária) (BRASIL, 2001, p. 113-114).

Visando a articulação de ações de “assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial” mediante o desenvolvimento de diversas estratégias e serviços que compõe uma rede de atenção territorial de Saúde Mental Coletiva, dentre elas, *as oficinas terapêuticas*, os centros de convivência, os programas de geração de trabalho e renda e outros, apresenta-se uma proposta³⁰. Na seguinte³¹, propunha-se que os gestores (federal, estaduais e municipais) elaborassem um plano de reorientação descentralizado do modelo assistencial da Saúde Mental Coletiva, em que cada município deveria implantar determinados serviços de acordo com sua demanda e característica, afirmando que para cada 70.000 habitantes de um município ou de consórcios municipais, deve haver CAPS, *oficinas terapêuticas*, centros de convivência, ambulatórios integrais dentre outros, o que se reafirma posteriormente³². Categoricamente, coloca-se que é preciso “Reconhecer a importância das *oficinas*

²⁸ Proposta nº 19 do Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

²⁹ Proposta nº 27, op. cit.

³⁰ Proposta nº 84, op. cit.

³¹ Proposta nº 85, op. cit.

³² Proposta nº 97, op. cit.

*terapêuticas na reorientação do modelo assistencial*³³ e que para tal, é imprescindível o investimento de recursos humanos e materiais, sobre o qual também é citado em outras propostas³⁴, sendo que este último trata do remanejamento de recursos outrora destinados à internação psiquiátrica para custear ações no CAPS, *oficinas terapêuticas* e outros, segundo a Portaria nº 224/92. Ainda sobre o tema do financiamento, a adoção de mecanismos ágeis e desburocratizados para estabelecer convênios com o SUS para implementar e credenciar serviços substitutivos exclusivamente públicos, dentre eles, de *oficinas*, também são discutidos³⁵.

É enfatizada a relevância das equipes de Saúde Mental Coletiva trabalharem a “potencialização da subjetividade e o resgate da afetividade entre as pessoas portadoras de transtornos mentais e os familiares, através de oficinas com participação conjunta”³⁶. Numa proposição³⁷, especifica a implantação de oficinas para crianças e adolescentes; em outra posteriormente³⁸, promove a articulação com a educação de nível superior nos serviços substitutivos, por meio de estágios em diversas áreas que inclui artes e *música*.

Com vistas à reorganização de uma Rede de Atenção Integral à Saúde Mental partindo de ações no território a partir do vínculo e da localização estratégica dos serviços de Atenção Primária, foram aprovadas outras propostas³⁹ que se referem a oficinas menos “CAPScentradas”, que versa sobre a promoção e prevenção em Saúde Mental por meio da oferta de atividades para este fim (por exemplo: esportes comunitários, grupos de mães, *oficinas de arte e de ofícios*, grupos de apoio, lazer e outros), desenvolvidas preferencialmente por recursos comunitários, Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Programa Saúde da Família e outros. A criação de ofertas de “oficinas de cultura, arte e lazer” viabilizadas através de políticas intersetoriais em parceria com instituições públicas, privadas e sociedade civil são citadas⁴⁰, contíguas a outras ofertas. A reivindicação de reserva de mercado junto a órgãos competentes; nos museus, feiras de artesanato e *espaços e centros culturais*, para possibilitar o escoamento da produção das oficinas são defendidas⁴¹. O incentivo à “criação de associações artísticas, culturais e artesanais de usuários de serviços de

³³ Proposta nº 99, op. cit.

³⁴ Propostas nº 272 e 291, op. cit.

³⁵ Proposta nº 331, op. cit.

³⁶ Proposta nº 101, op. cit.

³⁷ Proposta nº 172, op. cit.

³⁸ Proposta nº 249, op. cit.

³⁹ Proposta nº 193, op. cit.

⁴⁰ Proposta nº 421, op. cit.

⁴¹ Proposta nº 431, op. cit.

Saúde Mental, visando objetivar maior controle social e difusão de projetos e trabalhos nesta área”⁴² é aprofundado por proposta específica.

Já se faz notar que a problemática das oficinas terapêuticas aparece no discurso da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizado em Brasília em 2001, ora como sinônimo de uma instituição, ora como oferta institucional de direito do usuário e dever da instituição, colocada como ação substitutiva aos procedimentos do hospital psiquiátrico. A Conferência é um importante momento de decisão e planejamento político das ações em Saúde Mental, baseada nas proposições feitas nas três esferas de governo brasileiro e ocorre periodicamente. A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em Brasília no ano de 2010, por sua vez foi uma edição muito distinta das outras, pois, se antes as conferências eram centradas nas questões de saúde (mental), esta última buscou ampliar-se para outras instituições e questões pertinentes a toda a sociedade, por isso, foi incluída a questão da intersetorialidade.

Uma das propostas que consta no anexo do relatório⁴³ trata da implantação de “serviços em espaços sócio-comunitários” como centros de convivência, que realizem “projetos de promoção da saúde mental e prevenção de agravos, como oficinas de arte, cultura e práticas esportivas, efetivando a parceria entre as Secretarias de Esporte, Lazer, Cultura e Educação” (BRASIL, 2010, p. 183). As oficinas terapêuticas, grupos de dança, rodas de conversa, arteterapia, artes plásticas, *musicais* e cênicas dentre outras são apresentadas como estratégias de escuta e expressão no território, para modificar o uso contínuo e indiscriminado de medicamentos (id., p. 68)⁴⁴.

Na IV Conferência, a relevância da prática das oficinas ganha um item próprio: “Apoiar o trabalho com oficinas terapêuticas na atenção em saúde mental, visando à promoção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde dos usuários”⁴⁵ (id., p. 68), em que já se estabeleceu o discurso em defesa da oficina como prática de Saúde Mental. Ela se complementa pelas propostas seguintes, acerca da garantia da participação em atividades culturais extra-CAPS e da ampliação e diversificação da equipe multiprofissional nos dispositivos de Saúde Mental Coletiva, a partir da Portaria 336/02, considerando especificidades regionais, incluindo a contratação de arte-terapeutas, musicoterapeutas e outros, “assegurando a interdisciplinaridade da atenção”⁴⁶ (id., p. 72).

⁴² Proposta nº 518, op. cit.

⁴³ Item nº 20 do Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

⁴⁴ Cf. proposta nº 335 do Relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial.

⁴⁵ Cf. proposta nº 338, op. cit.

⁴⁶ Cf. proposta nº 376, op. cit.

O Relatório da IV Conferência prossegue ressaltando a necessidade de, na integração entre atenção primária e secundária em saúde, ampliar o investimento em “projetos de promoção e prevenção em saúde e de redução de danos”, respeitando as “singularidades socioculturais” do local e a intersetorialidade com áreas como cultura, arte, lazer e outros⁴⁷ (RELATÓRIO, 2010, p. 86). Nota-se, na proposta 612 (id., p. 105), que a arte galga um lugar de relevância na manutenção e promoção da saúde: “(...) E no âmbito mais geral da sociedade, é preciso garantir direitos culturais na esfera social, política e econômica, qualificando a assistência à saúde socioambiental, da criança ao idoso, e às pessoas com deficiência, promovendo a arte, a cultura de paz e o lazer”.

Das proposições 692 a 704 (id., p. 117 e 118), os olhares se voltam para o financiamento das produções dos sujeitos em sofrimento psíquico, a partir de reservas juntos aos editais da Lei de Incentivo à Cultura (Lei Rouanet), para beneficiar as ações em diversas modalidades artístico-culturais e do cofinanciamento junto ao Ministério da Cultura, para o fomento às práticas que estimulem as atividades de arte, arteterapia, música, teatro dentre outras. Algumas especificidades de financiamento ou benefício são destacadas no relatório, enfatizando a importância de se investir na interface arte-cultura-saúde mental: a) A reserva de um percentual de vagas no edital de Pontos de Cultura, para ações culturais que tenham alguma interface com Saúde Mental⁴⁸; b) a garantia de criação de um fundo para execução de programas que atendam a diversidade cultural no contexto da Saúde Mental, junto a Lei de Diretrizes Orçamentárias⁴⁹; c) a ampliação e fortalecimento dos recursos do Ministério da Cultura em parceria com o Ministério da Saúde, do programa da Rede Cultura e Saúde para oficinas, projetos de arte e cultura e outros trabalhos realizados intersetorialmente com a Saúde Mental⁵⁰; d) a possibilidade de destinar 1% dos lucros líquidos das indústrias de bebidas alcoólicas e tabaco para criação de um fundo de incentivo à cultura articulada com atividades de promoção da área de Saúde Mental⁵¹; e) a garantia de recursos públicos para o desenvolvimento de projetos culturais atrelados aos princípios da reforma psiquiátrica, para municípios com menos de 20 mil habitantes⁵²; f) realizar, no mínimo, um edital por ano, nas três esferas de governo, de cada segmento – Esporte, Cultura, Saúde, Trabalho, Assistência Social – que dê visibilidade às iniciativas e projetos culturais, como ação inclusiva e que

⁴⁷ Proposta nº 491, op. cit.

⁴⁸ Proposta nº 694, op. cit.

⁴⁹ Proposta nº 695, op. cit.

⁵⁰ Proposta nº 696, op. cit.

⁵¹ Proposta nº 697, op. cit.

⁵² Proposta nº 698, op. cit.

destaque a regionalização⁵³; g) a criação de editais e portarias específicas que fomentem atividades artístico-culturais na saúde mental infantil e juvenil, dentro de suas especificidades⁵⁴; h) estabelecer um fundo, nas três esferas governamentais, para ações e projetos artístico-culturais e esportivos na saúde mental infantil e juvenil de municípios de pequeno porte, como política de promoção de saúde⁵⁵, i) a criação de editais específicos que financiem as produções artístico-culturais no campo da saúde mental e a inclusão desta temática nos editais já existentes⁵⁶; j) a elaboração de editais interministeriais (Ministérios da Saúde, Cultura, Educação, Assistência Social, Esportes, dentre outros) e em conjunto com instituições de fomento e pesquisa e outras, visando implantar espaços e/ou Centros de Convivência voltados para ações de cultura, lazer, esporte e produção social⁵⁷; k) publicizar o incentivo financeiro de recursos públicos para eventos e manifestações artístico-culturais em espaços públicos (semanas de artes, festivais e outros), promovidos por associações de usuários dos serviços de saúde mental e outros serviços substitutivos⁵⁸.

Os itens 705 a 707 tratam das políticas de pesquisa, extensão e profissionalização para a Cultura, respectivamente, da criação de políticas públicas de pesquisa e extensão de projetos culturais no campo da saúde mental em instituições de ensino técnico e superior; da defesa da inclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico como público alvo das políticas de profissionalização artística e formação de agentes culturais, a partir do Ministério da Cultura; e, do estímulo, monitoramento, avaliação e acompanhamento da formação de profissionais para o campo da produção cultural, esporte e lazer, de modo intersetorial (id., p. 118).

Aos Centros de Convivência e Cultura ou Centros de Convivência e Cooperativas (CECCOS), Pontos de Cultura e outros espaços articuladores de arte/cultura e saúde mental são dedicados as propostas de número 708 a 718, o que nos mostra a grande relevância que tais serviços tem tomado dentro do funcionamento em rede intersetorial da Saúde Mental. Nos três primeiros itens⁵⁹, o relatório defende a criação de portaria ministerial para implantação de Centros de Convivência e de sua manutenção financeira intersetorial, contando com o envolvimento de coordenadores e atores sociais de outros setores em sua construção e de outros espaços alternativos, e, Grupos de Atividades para pessoas das mais diversas faixas etárias e contextos, sob a coordenação de equipe multiprofissional (id., p. 119).

⁵³ Proposta nº 699, op. cit.

⁵⁴ Proposta nº 700, op. cit.

⁵⁵ Proposta nº 701, op. cit.

⁵⁶ Proposta nº 702, op. cit.

⁵⁷ Proposta nº 703, op. cit.

⁵⁸ Proposta nº 704, op. cit.

⁵⁹ Propostas nº 708, 709 e 710, op. cit.

A inclusão dos CECCOS no Programa Cultura Viva e disseminação dos Pontos de Cultura em prédios públicos também são pontos ressaltados no relatório, para favorecimento do acesso dos sujeitos em sofrimento psíquico aos espaços de produção e políticas culturais, a partir de parcerias entre os Ministérios da Cultura e da Saúde⁶⁰. Uma medida citada⁶¹ é a de que, com a ampliação e regionalização dos Centros Culturais dos municípios ou mesmo a criação deste, se desenvolva atividades recreativas em espaços multiuso, como os CECCOS, as oficinas nos Centros de Referência de Assistência Social e Centros de Referência Especializada de Assistência Social, Unidades de Saúde, para realização de feiras com exposição de artesanato, passeios, eventos culturais etc.

O incentivo da criação e manutenção de ambientes lúdicos para desenvolvimento de atividades artístico-culturais em escolas e instituições educacionais públicas ou sem fins lucrativos, museus, hospitais e espaços comunitários, que estejam de alguma maneira ligados aos serviços substitutivos de saúde mental, também se coloca como medida⁶². O Cecco torna-se um serviço a ser privilegiado na proposta seguinte⁶³:

Criar portarias que implantem e regulamentem Centros de Convivência para ações de cultura, lazer, esporte e produção social, em todo território nacional, como um dos serviços da rede substitutiva, incluindo a atenção à infância e à juventude, contemplando projetos e empreendimentos desenvolvidos por usuários, familiares e profissionais de saúde mental, com a participação de pessoas da comunidade e possibilitando uma efetiva inserção nas redes sociais do território (id., p. 118 e 119).

Entretanto, há o que se aproveitar dos espaços já existentes nos municípios, ou ainda criar novos espaços voltados para a recreação, arte e cultura, esportes e centros de convivência nas zonas urbana e rural, tornando estes dispositivos mais acessíveis, com a finalidade de contribuir para a inserção social. A criação de grupos de cultura e associações culturais, em parcerias com setores da cultura e da educação para estimular a inserção social das pessoas em sofrimento psíquico; além da criação de um fórum permanente para discutir e trocar experiências sobre projetos coletivos de arte/cultura e saúde mental são expostos nas propostas 717 e 718 (id.), como importantes meios de unir diversos setores para produção coletiva de ofertas e demandas de arte-saúde-inserção social.

⁶⁰ Propostas nº 711 e 712, op. cit.

⁶¹ Propostas nº 713, op. cit.

⁶² Proposta nº 714, op. cit.

⁶³ Proposta nº 715, op. cit.

As próximas propostas⁶⁴ se dirigem ao estímulo à produção, comercialização, exposição e divulgação na mídia, a partir de Mostras Nacionais de Produções Artísticas e Culturais de pessoas em sofrimento psíquico, participação nos veículos de comunicação da produção cultural em saúde mental, como também em feiras, festivais e exposições nas esferas municipal, estadual e federal; construção de ações intersetoriais para valorização das produções que incluam pessoas em sofrimento psíquico, apresentadas em mostras, shows, apresentações e a criação de prêmios nas três esferas de governo como incentivo a essas práticas; o fomento e articulação da participação de usuários de serviços de saúde mental em movimentos sociais, rádios, jornais e outros meios de comunicação para combate da exclusão e discriminação; o desenvolvimento da produção audiovisual e cultural digital de sujeitos em sofrimento psíquico, por meio de recursos e editais públicos, “proporcionando a possibilidade de desconstrução da atual representação social da loucura” (id., p. 120); a criação e manutenção de acervos e memoriais referentes a produções artísticas antigas e atuais dos usuários dos serviços da saúde mental, através de políticas públicas culturais.

Sobre o tema da Diversidade Cultural⁶⁵, pede-se a “garantia da Semana da Diversidade Cultural em Saúde Mental no calendário nacional” (id., p. 121); da manutenção e estabelecimento de espaços e centros de convivência comunitária intersetoriais, regionalizados, para público intergeracional, de diversas etnias e culturas; da implementação de uma política de atenção à saúde mental que leve em conta as especificidades de saúde de determinadas etnias, como indígenas, quilombolas, imigrantes e outros; e, da construção de parcerias da saúde mental com outros espaços que valorizem as manifestações culturais locais, com participação e capacitação de profissionais em diversas expressões culturais como capoeira, ciranda, jongo, atividades indígenas dentre outros (id.).

Com a leitura do relatório, vislumbramos uma mudança importante do lugar que as oficinas passaram a ocupar no cenário da Atenção Psicossocial. A IV Conferência faz bastantes ressalvas em defesa de garantias para efetivação das oficinas, enquanto que a III Conferência ressaltava a importância da prática da oficina na tentativa de situar, e de certa maneira, instituir seu lugar. Percebemos que na III Conferência, o tema da oficina se articulava principalmente com a dimensão técnico-assistencial da Reforma Psiquiátrica, para assegurar a Integralidade da Atenção. Já na IV Conferência, a oficina é convidada a compor com outras possibilidades de ampliação das ações em Saúde Mental Coletiva e ações intersetoriais. É preciso considerar que tal deslocamento também resulta do intervalo de quase

⁶⁴ Cf. as propostas de nº 719 a 724, op. cit.

⁶⁵ Cf. as propostas de nº 725 a 728, op. cit.

uma década entre as duas conferências, em que a prática da oficina já estava mais estabelecida nas dimensões técnico-assistencial e sociocultural da RPb no momento da IV Conferência, se comparada à III Conferência.

Mas se de uma Conferência a outra, é marcada uma atualização sobre as práticas e políticas das oficinas, reposicionando-a do lugar de inovação técnica-assistencial, para o espaço de estratégia sociocultural e intersetorial, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, antes, já defendia, em seu eixo de luta “Por uma sociedade sem manicômios” em 1987, levar a questão da loucura para além do limite da assistência em saúde. A experiência considerada pioneira no rompimento com o manicômio foi a da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, que foi denunciada pela vizinhança da instituição, por conta de barulhos de gritos e relatos de maus tratos, em maio de 1989. Seguida de ações na cidade para mostrar a violação de Direitos Humanos infligidas aos internos do hospital à população, um ano depois, a instituição teve que fechar suas portas.

Nesse contexto, são criados o “Bar Hollyday”, a “Rádio Tam Tam” e a “TV Tam Tam”, para produção na sociedade de novas ideias e ações para com a loucura e a diversidade (AMARANTE et al., 2012, p.26). No início dos anos 90, as iniciativas culturais ganham grande visibilidade nacional, a partir de outras experiências não limitadas aos serviços de saúde mental, como a *TV Pinel* criada em 1996 e os *Cancioneiros do IPUB* de 1997, em que os pacientes dos serviços mostram suas produções artísticas, despertando grande interesse da mídia. A TV Pinel sob o slogan *mostrar uma nova imagem da loucura* nos dá uma dimensão de sua proposta, enquanto o grupo “Cancioneiros do IPUB” fazem suas apresentações em espaços públicos (AMARANTE et al., 2012, p. 27). Logo, desde o nascimento da RPb, as primeiras experiências de oficinas e demais práticas artísticas de seu contexto já haviam dado um salto, da saúde e da dimensão técnico-assistencial, em direção à intersetorialidade e à dimensão sociocultural, salto que as políticas estatais, entretanto, demoraram algum tempo para acompanhar, para ver, enunciar e *ouvir*. Sobre estas dimensões citadas, como a sociocultural da RPb, discutiremos no item próximo, dentro do Paradigma da Atenção Psicossocial.

2.3. Da Reforma Psiquiátrica à Atenção Psicossocial

Os autores Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003) situam as ações do paradigma da psiquiatria, obtendo resultados que lhe conferem “impotência terapêutica”: altos índices de cronificação e iatrogenia da institucionalização em suas intervenções baseadas no tratamento moral, na internação/isolamento e medicalização, no interior do Hospital Psiquiátrico, seu

principal dispositivo de ação. A tutela, a reclusão manicomial, a destituição da razão, da demanda ou da vontade do sujeito e até mesmo a perda de direitos e deveres de um cidadão imputável, fundamentadas na hipótese fisiológica como causadora do sofrimento psíquico, dava contornos à ética disciplinar da Psiquiatria antes da Reforma, mas que ainda aparecem em algumas práticas atuais (COSTA-ROSA, 2011; COSTA-ROSA, 2013), caracterizando o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013).

A Reforma Psiquiátrica emergiu de um movimento da população para romper com as limitações das políticas de Saúde pautadas em um modelo de atenção centrado na atuação médica e na instituição psiquiátrica, sendo o seu objetivo movimentar esse campo, como um processo social complexo, à semelhança das ideias de desinstitucionalização propostas por Franco Rotelli (1990). A noção de desinstitucionalização,

não poderia ser definida positivamente, seria uma incongruência lógica; podemos tentar delimitá-la negativamente, isto é, não é uma técnica, não é uma fórmula, não é um conjunto de normas, não se identifica com a análise institucional de Lourau e Lapassade, não é uma fórmula administrativa. Tentando uma aproximação, diria que é a desmontagem de aparatos externos e internalizados, é ‘desconstrução’ de modelos e valores racionalístico-cartesianos; é transformação das relações de poderes codificados e cristalizados. É fundamentalmente um trabalho prático que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar o problema! Transformam-se os modos pelos quais são tratadas as pessoas para transformar o seu sofrimento; a terapia não é a perseguição eterna atrás de uma solução-cura, mas um conjunto complexo, também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatizadas, que dizem respeito ao problema em questão, através de um processo crítico sobre os modos de ser da própria ação terapêutica (TYCANORI, 1986).

Com essa compreensão de desinstitucionalização, já se percebe que ela pretende se diferenciar da instituição manicomial e as práticas e políticas inerentes a esta modalidade de serviço, em outros termos da lógica de suas estruturas de *poder* que atuam em direção aos sujeitos, contra o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013). No texto ‘O sujeito e o poder’ de Michel Foucault (1995), é abordada uma história dos diferentes modos pelos quais o homem, em nossa cultura, se tornaria sujeito por meio do exercício de poder, que apontam para três modos de objetivação/subjetivação cuja atuação influenciaria na constituição dos seres humanos em sujeitos (FOUCAULT, 1995), sendo eles:

1. práticas epistêmicas, as quais objetivariam o sujeito como um duplo empírico/transcendental, conforme um estatuto de ciência e a razão transcendental pela filosofia kantiana, e, como sujeito produtivo e de discurso, que vive, trabalha e fala pelas ciências empíricas;

2. práticas divisoras, nas quais o sujeito seria dividido, individualizado e distribuído em relação a um eixo de normalização como louco e racional, doente e sadio, criminosos e honestos, sexualmente normal ou perverso;

3. práticas de si, em que aborda o modo pelo qual o homem pode se tornar sujeito, como toma a si próprio como objeto de poder/saber, quando, por exemplo, aprendem a se reconhecer como sujeito de sexualidade.

Ainda em relação aos referidos modos de subjetivação, Foucault (1995) sugere que, para se analisar as formas de poder em sua intencionalidade, racionalidade e economia de relações entre os indivíduos, uma estratégia seria realizar a análise das formas de resistência ou, em outras palavras, do antagonismo das estratégias. Conforme Foucault:

Por exemplo, para descobrir o que significa, na nossa sociedade, a sanidade, talvez devêssemos investigar o que ocorre no campo da insanidade; - e o que se compreende por legalidade, no campo da ilegalidade. E, para compreender o que são as relações de poder, talvez devêssemos investigar as formas de resistência e as tentativas de dissociar estas relações (id., p.234).

A fim de ilustrar este estilo foucaultiano de “pesquisar”, podemos inferir que se a loucura se constitui como um tipo de racionalidade da sociedade ou mesmo da cultura enquanto um processo, uma referência a uma experiência fundamental do ser humano; isto seria então uma forma de produção de subjetividade, que se realizaria a partir de uma experiência que diferencia loucos e não-loucos. Conforme a proposta de Foucault (1995), uma estratégia pertinente à investigação deste complexo ‘sujeito-poder’ no que diz respeito a esta forma específica de subjetivação (experiência da loucura), seria analisar o que estaria acontecendo no campo da insanidade.

O poder aqui colocado, portanto, não é aquele que se exerce sobre coisas, possibilitando a manipulação, modificação e destruição dessas, “um poder que provém de aptidões diretamente inscritas no corpo ou ‘apoiadas’ por instrumentos externos” (FOUCAULT, 2001, p.11, tradução nossa). Nesta análise, o poder é caracterizado como aquilo que coloca em jogo as relações entre indivíduos ou grupos, mas não devemos confundir isso com as estruturas e mecanismos de poder – como as leis, *instituições* e ideologias – pois é somente na medida em que uns exercem poder sobre outros que tais mecanismos atuam. No caso da instituição psiquiátrica, ela possui uma organização espacial, um regulamento interno, atividades – como as oficinas e práticas musicais – e pessoas que o compõe: isso constitui o bloco de “capacidade-comunicação-poder” (FOUCAULT, 2001, p. 12). Já a aplicação das capacidades

técnicas, jogo das comunicações e relações de poder, se ajustam umas as outras, para constituir em sentido ampliado, as “disciplinas” (FOUCAULT, 2001, p.13). E por fim, os procedimentos de poder, se dão nas práticas de enclausuramento, vigilância, recompensa e punição, por meio de uma hierarquização piramidal das relações interinstitucionais.

Como só há poder exercido por ‘uns’ sobre os ‘outros’, só há poder em ato, mesmo inscrito num campo disperso de possibilidades apoiado sobre estruturas permanentes, como é uma instituição psiquiátrica. O poder não implica em consentimento, “renúncia à liberdade, direito transferido ou poder delegado de uns a poucos eleitos” (FOUCAULT, 2001, p.14, tradução nossa), mas a relação de poder pode ser o efeito de um consentimento anterior ou permanente. Todavia, o poder não é um fenômeno homogêneo de dominação de um indivíduo, grupo, classe sobre outros sujeitos (id.). O poder não se dá pela relação de quem exerce sobre quem se submete, não é medido por hierarquias e não se dá pela violência ou obrigatoriedade; ele é produtivo e circula em redes de relações e jogos de força (id.). O poder passa pelo indivíduo que ele constitui, atuando simultaneamente nas populações, através de aparelhos de saber que constituem técnicas de dominação, que Foucault estudou a partir da noção de governo (FOUCAULT, 1997). Assim, o poder usa de domínios diversificados, tornando seus dispositivos, efeitos e mecanismos difíceis de perceber, já que incidem sobre vários objetos, sendo um de seus mais atuais, a vida, o pensamento, os modos de existência dos sujeitos – em outras palavras, sobre a subjetividade.

Logo, o que define uma relação de poder, portanto, é a maneira como age, não sobre os outros, mas sobre a própria ação. Ao definir o exercício do poder como um conjunto de ação sobre as ações dos outros (FOUCAULT, 2001, p.14), como “governo” dos homens, uns pelos outros, a condição dessa ocorrência é a liberdade: poder só se exerce sobre sujeitos “livres”, sejam eles indivíduos ou coletivos, perante um campo possível a diversos acontecimentos, condutas e reações. Por isso não há relação de poder onde não houver a insubmissão da liberdade – se há escravidão, relação física de coação e violência, não existe possibilidade de opor-se ao poder e suas determinações (id., p.15). Essa positividade do poder, que exige a ação do sujeito – de sujeição ou resistência – nos é alertada pela necessária atividade do poder para a existência de um sujeito subjetivado e vice-versa, do sujeito que exerce o poder; uma vez que “Viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre a ação dos outros. Uma sociedade ‘sem relações de poder’ só pode ser uma abstração” (FOUCAULT, 1995, p.246).

Mas se em toda a parte há relações de poder, isto não as torna mais fáceis de serem localizadas, ou mesmo de serem colocadas em análise. Por conseguinte, para se fazer uma análise das relações de poder, é preciso antes estabelecer alguns pontos:

1. O sistema das diferenciações que permitem agir sobre a ação dos outros: diferenças jurídicas ou tradicionais de estatuto e de privilégio; diferenças econômicas na apropriação das riquezas e dos bens; diferenças de lugar nos processos de produção; diferenças linguísticas ou culturais; diferenças na habilidade e nas competências etc. Toda relação de poder opera diferenciações que são, para ela, ao mesmo tempo, condições e efeitos (FOUCAULT, 1995). Como exemplo, a lei da Reforma Psiquiátrica opera um sistema de diferenciação entre o modo de ação do trabalho com a Saúde Mental, modificando do modo asilar para o modo psicossocial, agindo sobre a ação dos profissionais da Saúde e seu cotidiano institucional. E as oficinas são uma das formas de trabalho que ganhou novos formatos a partir desta lei citada.
2. Os tipos de objetivos perseguidos por aqueles que agem sobre a ação dos outros: manutenção de privilégios, acúmulo de lucros, operacionalidade da autoridade estatutária, exercício de uma função ou de uma profissão. Por exemplo, a necessidade de que as práticas manicomiais ou antimanicomais – como as oficinas – atuem com ou sobre a "loucura" dos sujeitos é um dos objetivos dessas relações de poder, que se dão na ação do campo da saúde sobre o que este campo nomeado de "loucura" a ser tratada, que incide diretamente sobre a ação do "louco" em seu modo de existência.
3. As modalidades instrumentais: de acordo com o fato de que o poder se exerce pela ameaça das armas, dos efeitos da palavra, através das disparidades econômicas, por mecanismos mais ou menos complexos de controle, por sistemas de vigilância, com ou sem arquivos, segundo regras explícitas ou não, permanentes ou modificáveis, com ou sem dispositivos materiais etc (id.). As modalidades instrumentais do campo da Saúde Mental são muito diversificadas, sendo que as oficinas podem ser consideradas uma delas, uma vez que se utilizam de efeitos dos mais diversos modos de expressão, por meio de mecanismos de controle com regras, com materiais dentre outros.
4. As formas de institucionalização: estas podem misturar dispositivos tradicionais, estruturas jurídicas, fenômenos de hábito ou de moda. Elas podem também ter a aparência de um dispositivo fechado sobre si mesmo com seus lugares específicos, seus regulamentos próprios, suas estruturas hierárquicas cuidadosamente traçadas, e uma relativa autonomia funcional; pode também formar sistemas muito complexos, dotados de aparelhos múltiplos, como no caso do Estado que tem por função constituir o invólucro geral, a instância de controle global, o princípio de regulação e, até certo ponto também, de distribuição de todas

as relações de poder num conjunto social dado (id.). No caso da RPb como forma de institucionalização da Luta Antimanicomial, esta descrição de Foucault sobre as formas de institucionalização são aplicáveis em termos de funcionamento e função da instituição.

5. Os graus de racionalização: o funcionamento das relações de poder como ação sobre um campo de possibilidades pode ser mais ou menos elaborado em função da eficácia dos instrumentos e da certeza do resultado (maior ou menor refinamento tecnológico no exercício do poder) ou, ainda, em função do custo eventual. As práticas em Saúde Mental agem sobre a possibilidade de tratamento do sofrimento psíquico, a partir de seus instrumentos como as terapias, *as oficinas* e outros, cuja comprovação da eficácia vai variar de acordo com o grau de racionalização da elaboração das práticas, do custo dessas e do estudo de seus resultados (id.).

A diferenciação que opera, os objetivos que persegue, as modalidades instrumentais, as formas de institucionalização e os graus de racionalização definem os pontos que auxiliam a identificar e a analisar as relações de poder no complexo poder-sujeito, e, estes pontos em sua atuação, se confundem em alguns momentos com as técnicas de dominação, como já explicitamos anteriormente a respeito das experiências higienistas associadas aos hospícios.

Nesse complexo poder-sujeito, vemos que a Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica se configuram como exercícios de poder sobre a instituição psiquiátrica, os sujeitos que dela fazem uso e dos modos de existência que os atravessam. Mas para além desses dois vetores de força, existe também a Atenção Psicossocial, que dá ainda mais foco à dimensão subjetiva daquele a quem se presta atenção. A Atenção Psicossocial e a Luta Antimanicomial compreendem “conjuntos de ações, saberes e políticas que têm procurado transcender a Reforma Psiquiátrica” (COSTA-ROSA, 2013 p. 13).

A descrição do Paradigma Psicossocial proposto por Costa-Rosa (2013), que é o avesso dialético do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013), parte das mudanças iniciadas com a RPb, e buscam o seu para-além, na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, realizadas a partir da década de 1980, a partir de quatro parâmetros fundamentais de análise dos paradigmas:

1. Concepção do “objeto” e dos “meios” teóricos e técnicos de seu manuseio; 2. Concepção da gestão do Estabelecimento através do qual essas práticas são realizadas; 3. Concepção das relações entre instituição e clientela/população do território e também a relação recíproca; 4. Concepção dos efeitos pretendidos e realizados em termos terapêuticos e em termos éticos (COSTA-ROSA, 2013, p.16).

A Atenção Psicossocial na Reforma Psiquiátrica se caracteriza por “um conjunto de práticas cujo arcabouço teórico-técnico e ético-político caminha na direção da superação paradigmática da psiquiatria asilar” (COSTA-ROSA et al., 2003). A Atenção Psicossocial, para além da Reforma Psiquiátrica, é o conjunto de práticas do Paradigma Psicossocial – conforme os quatro parâmetros – e como campo que visa superar dialeticamente o paradigma das práticas da Reforma Psiquiátrica no que toca às suas limitações com relação à supremacia da questão da cidadania e dos direitos, em detrimento da subjetividade, por exemplo (COSTA-ROSA, 2013).

Isto por que, a Reforma Psiquiátrica, em especial, permanece mais centrada no campo da política e do funcionamento da instituição, já que se define como processo social complexo, que se constitui do “entrelaçamento de dimensões simultâneas, que ora se alimentam, ora são conflitantes”; em que “se produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões” (AMARANTE, 2007, p. 63), em que ocorrem, ao mesmo tempo e articuladamente, transformações nas dimensões teórico-conceitual, técnico-científica, político-jurídica e sociocultural, em constante movimento, com a participação de diversos atores sociais (id.). Utilizamos neste trabalho a noção de Reforma Psiquiátrica brasileira, uma vez que ela delimita um período histórico e político; tendo no horizonte a Atenção Psicossocial como ética e ultrapassagem paradigmática da RPb. Exploraremos agora, as dimensões da RPb para a compreendermos melhor.

A dimensão teórico-conceitual ou epistêmica está ligada à reflexão dos conceitos fundamentais da Reforma Psiquiátrica, levando em conta seus aspectos ideológicos, éticos, políticos, científicos e outros. Um de seus pressupostos mais importantes é o de colocar a doença entre parênteses para atentar para o sujeito, em sua existência e experiência de sofrimento. Amarante (1994) refere que a ação de Saúde deve ocupar-se daquilo que constitui o *em torno à doença*, ou seja, o ser humano em suas relações dinâmicas no e do contexto onde está inserido. Compreende-se como Atenção Psicossocial sintônica com a Reforma Psiquiátrica essa abordagem ampla de “cuidado em Saúde Mental”, em que a inclusão social do usuário é central (GULJOR, 2003). Deste modo, se as instituições de Saúde lidam com o social, com as pessoas e não com as doenças, “devem ser lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (AMARANTE, 2007, p. 69), o que já remete à dimensão técnico-assistencial. Esta dimensão, por sua vez, diz respeito à criação, ao aprimoramento e a realização efetiva de tecnologias da atenção e de trocas sociais, ofertadas aos sujeitos que pedem ajuda nos estabelecimentos de Saúde.

A dimensão jurídico-política situa-se na revisão e criação de leis que asseguram direitos aos sujeitos que estão ligados à Saúde Mental. Na revisão de legislação dos códigos (penal e civil, e.g.), na questão dos direitos humanos, na criação de leis e portarias, nas organizações de luta política, manifesta-se a dimensão jurídico-política.

A dimensão sociocultural está ligada ao “envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura”, a partir “da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos”. É estratégica, pois é uma das dimensões “mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica” (id., p.73). Aspecto fundamental desta dimensão é também a sua interação com as outras dimensões citadas, uma vez que requer a “participação social e política de todos os atores sociais envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica” (id., p. 77).

A dimensão sociocultural da RPb ganha uma grande visibilidade no Dia Nacional da Luta Antimanicomial, no dia 18 de maio, pois em todo o Brasil acontecem “atividades culturais, políticas, acadêmicas, esportivas, dentre outras, e promovem o debate e instigam a sociedade a participar e a refletir” (id.). Próximo a esta data, ou mesmo em outras do ano, há premiações e eventos que divulgam as produções artísticas dos sujeitos que já fizeram ou fazem uso de serviços de Saúde Mental, como o “Prêmio Arthur Bispo do Rosário”, realizado anualmente pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo e o edital de Prêmios “Loucos pela Diversidade” (BRASIL, 2009). Este último foi um marco importante no campo das oficinas e da produção artístico-cultural em Saúde Mental, pois deu visibilidade ao movimento recente de criação de grupos musicais, de teatro, dança e iniciativas culturais de artistas individuais, que configuram um novo momento da RPb e da relação entre loucura e sociedade (id.). Para o presente trabalho, as práticas musicais em Saúde Mental estão tanto na dimensão técnico-assistencial, no que toca à invenção de novas “ferramentas” para a Atenção ao sujeito em sofrimento psíquico; quanto na dimensão sociocultural, tangenciando as manifestações artísticas que exprimem e possibilitam produção de subjetividades e, além disso, produz deslocamentos de sentidos sobre a loucura e sobre a arte que tais obras produzem no social.

O processo da Reforma Psiquiátrica, a partir do paradigma da Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003), nomeia um conjunto de ações nos campos teórico, ético, técnico, político e social, que almeja mudanças na assistência e na transição paradigmática do modelo Psiquiátrico, Hospitalocêntrico e Medicalizador para outro que conte com outros saberes que não somente o psiquiátrico, que faça uma clínica ampliada, que

toma como objeto não a doença, mas o sujeito em sua complexidade, seus desejos e escolhas e em sua relação com o corpo social (id.).

Sobre o termo Atenção e sua ética, da Atenção Psicossocial, mostremos sua precisão. A Atenção, como está no dicionário, implica na aplicação cuidadosa da mente a algo, concentração, reflexão, demonstrar consideração, urbanidade, cortesia – ou sua origem etimológica de “*atender*” – prestar atenção, levar em conta, observar, notar, “escutar atentamente” (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003). A ética da clínica na Atenção Psicossocial visa produzir uma Atenção em que o sujeito poderia

situar-se no lugar do trabalhador principal do processo da produção dessa Atenção. Deve-se ver aqui uma consequência imediata da diretriz que propõe a participação popular no planejamento, na gestão e no controle dos processos de produção; bem como nas decisões de o quê e como produzir (COSTA-ROSA, 2011, p.750).

Oferecer Atenção Psicossocial seria, portanto, dar vazão ao “‘repertório’ enunciativo ‘dos loucos’” (BRUNI, 1989, grifo do autor), percebendo o sofrimento psíquico/psicossocial de outras formas, que não a da crise e da doença simplesmente. A loucura respeitada como experiência trágica do mundo (BRUNI, 1989), e o louco não defendido como vítima de opressão e identificado com o sujeito, cujos direitos ou ação de libertação os constitui “egoicamente”; mas assegurada “a sua própria liberdade, [que] os constituirá em sujeitos através de sua própria ação e do seu próprio saber” (FOUCAULT ver citação apud BRUNI, 1989, p.2). Bruni acredita que essa posição é radicalmente sustentada, até mesmo em relação aos loucos que supostamente necessitariam realmente de tutela que, quando em momentos de crise, pode vir a cometer agressões de vários tipos, por exemplo, que é a via pela qual o senso comum justifica a divisão loucura/sanidade e a necessidade de identifica-los na posição de assujeitamento institucional e psíquico (FOUCAULT citado por BRUNI – senso comum, p.2.).

É para dar Atenção a esses “loucos” que supostamente precisariam de tutela e que saíram de longas internações, os ditos “casos graves”; que a Atenção Psicossocial existe e defende suas premissas: de que o sujeito é o único detentor do saber de si e sobre si; que seu sofrimento deve ser abordado como possibilidade de produção subjetiva singularizada; que o sujeito pode produzir sua própria “subjetividadesaúde”.

Esta proposta exige que a “cura” seja compreendida em seu sentido heideggeriano do *Sorge* relido por Lacan – curar-se como possibilidade do *cuidar-se* – da produção contínua de sentidos objetivos e subjetivos em resposta às solicitações da realidade, de suas vontades e

desejos, como propõe o autor Costa-Rosa (2011). Aliás, este autor propõe que a ética da clínica na Atenção Psicossocial deve mirar na produção de “saúde subjetividade” (id., 2011, p.752).

2.4. *Saúde subjetividade, subjetividade saúde*

Este termo proposto por Costa-Rosa (2011), que condensa saúde e subjetividade, define uma consistência particular da chamada “saúde mental” no sentido de “saúde psíquica”, pluraliza e relativiza as possibilidades de saúde, além de indicar que, no âmbito da Atenção Psicossocial dentro do contexto histórico da Reforma Psiquiátrica, subjetividade e saúde seriam homólogas. Sinônimo do que denomina de “subjetividade saúde”, no campo psíquico, este também pluraliza e se refere ao movimento das subjetividades e da subjetivação (id., p. 750). À medida que a ética da clínica na Atenção Psicossocial fala de saúde subjetividade, ela considera que onde houver sofrimento, haverá trabalho subjetivo necessariamente, não separando físico de psíquico, mas fazendo distinção de suas especificidades. Sendo assim, em quaisquer moléstias físicas, o sujeito, seu corpo e sua subjetividade são componentes de seu sofrimento, em outras palavras, todo problema de saúde é também de saúde mental e toda produção de saúde mental, por outro lado, promoveria saúde. A integralidade do sujeito ou o trabalho em Saúde Mental Coletiva numa abordagem de saúde mais integralizada, não recusaria as especificidades constitutivas das diferentes ciências – como as da fisiologia e da subjetividade – mas é um alerta às ciências da Saúde sobre a ilusão de abarcar o sujeito em sua totalidade ou unidade. Por isso, quando se fala em saúde subjetividade não se pretende unir em um mesmo método científico ou disciplina, uma ciência que some saúde à subjetividade, com fins de descrição e prescrição de e/ou para um sujeito que a este método deveria submeter-se. Saúde subjetividade singularizada se refere a um efeito, que segue uma ética que visa dimensionar as práticas em “Saúde Mental”, sendo que nesta premissa, a participação do sujeito em sofrimento psíquico é condição *sine qua non* da realização e efetividade dessas ofertas de Atenção Psicossocial.

Entretanto, nos questionamos se toda e qualquer prática musical em Saúde Mental Coletiva, por exemplo, quando planejada em termos terapêuticos, produziria efeitos de saúde subjetividade singularizada: e quando uma prática musical em Saúde Mental é organizada de acordo com critérios de qualidade artística “formal” ou mesmo educativa, e por isso, não se preocupa tanto em obter efeitos terapêuticos, que tipo de efeitos produz?

Já compreendemos que, quando a prática musical é indicada para promoção de saúde, provavelmente haverá efeitos de produção subjetiva – efeitos de saúde subjetividade. Um

sujeito que está deprimido pode procurar meios para diminuir sua tristeza, em um grupo de dança de salão de uma academia ou grupo qualquer, participando de um coral da cidade, da igreja ou outros locais, por conta própria, por convite de amigos etc. Um profissional da Saúde pode utilizar de seu saber disciplinar para orientar o sujeito a buscar outras formas de tratamento, promoção e prevenção de saúde, como por exemplo: o otorrinolaringologista que recomenda ao paciente cantor profissional ou amador que retome aulas de técnica vocal para evitar que um paciente cantor tenha problemas com seus “ajustes laríngeos” (ZAMPIERI, BEHLAU e BRASIL, 2002); um fonoaudiólogo que indica música para desenvolvimento motor ou psicodinâmico vocal (BEHLAU e ZIEMER, 1998); a musicoterapia e a psicologia (SOUZA et. al., 2011) que, em parceria interdisciplinar com a fonoaudiologia musical, com a terapia ocupacional e até mesmo com a educação física (COSMO, 2003) intervém em deficiências mentais e “transtornos globais do desenvolvimento”; ou muitos outros exemplos que podem estar atrelados a diversas outras disciplinas, como nutrição, odontologia, neuropsicomotricidade e psicanálise de crianças. No entanto, em termos de subjetividadesaúde, isso dependerá principalmente do sujeito, dos processos de subjetivação em curso, de seu desejo, do que se produzirá nos encontros que fizer pela vida afora. O que ocorre é que nem todas as práticas se dirigem à produção efeitos de *saúdessubjetividade singularizada*, mas sim da definição hegemônica de saúde mental, baseada no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador, na lógica da adaptação do sujeito ao funcionamento no Modo Capitalista de Produção (COSTA-ROSA, 2013). A saudessubjetividade singularizada visa efeitos de produção que partam de relações minimamente baseadas nos “modos institucionais cooperados” (id., p.49) – entre a equipe, deve haver um trabalho cooperativo, que acaba por processar o mesmo trabalho em relação à população; a saudessubjetividade a ser produzida por meio da Atenção ofertada, para tal, deve incluir o sujeito como agente principal, o protagonista do processo de produção, seu consumidor último, como principal exigência ética e de manejo para se atuar no Paradigma Psicossocial (id.).

Há algumas características que marcam a diferença de uma oferta para outra, delimitando os efeitos que elas podem produzir, como pudemos ver, a partir do posicionamento paradigmático e ético do profissional em relação à oferta de Atenção Psicossocial (HAINZ; COSTA-ROSA, 2009), e outros aspectos, que estão melhor abordados no Capítulo III e IV dessa dissertação. Para além dos efeitos das práticas dependerem sobremaneira do sujeito que delas participam, nos perguntamos ainda: Teria toda a música, no contexto da RPb ou mesmo da Saúde em geral, finalidade terapêutica? Teria toda arte efeitos

de produção de novos vetores de existencialização? E quanto à Arte-educação? Às oficinas com finalidades pedagógico-culturais, de ambiência ou convivência? À audição musical com fins de apreciação que permite a fruição estética? As práticas que visam transformações sócio-culturais? Ou ainda, a música que não serve para nada?

Atualmente, a música serve para muitas coisas e tem seu lugar nos processos normalizadores do sujeito na *biopolítica*. Sob a visão de prática “alternativa” ou mesmo de prática musicoterapêutica, a arte tem sido cada vez mais defendida como possibilidade de ação sobre as subjetividades “patologizadas” ou não. A criação da doença mental, e.g., como desvio da norma possibilita o desenvolvimento de saberes e técnicas de intervenção sobre seu objeto desviado: a psicologia, a psiquiatria, a terapia ocupacional, a musicoterapia dentre outros, que em suas práticas “alternativas”, se utilizam também da música. Isto porque neste tensionamento entre norma e alternativa, tanto no campo das disciplinas *psi* que se aventuram com a arte, como no campo da Loucura e “normalidade”, vemos simultaneamente um princípio de qualificação e de correção das práticas e dos sujeitos: “A norma não tem por função excluir, rejeitar. Ao contrário, ela está sempre ligada a uma técnica positiva de intervenção e de transformação, a uma espécie de poder normativo” (FOUCAULT, 2001, p.39).

Como já pudemos perceber, não seria possível falar de “Oficinas”, ou mesmo de “Oficinas de Música” em Saúde Mental de forma generalizada, nem como *norma*, pois as oficinas e demais práticas musicais realizadas no contexto da RPb não possuem um padrão exclusivista e sequer poderiam obedecer a um, por conta da diversidade do campo em que estão imersas; nem exatamente como *alternativa*, pois tais ações já são parte constitutiva dos serviços de Atenção Psicossocial, sendo defendidas em legislações específicas, como já pudemos levantar. É digno de nota que nem toda prática musical e sonora, ou mesmo artística, no contexto da RPb é necessariamente uma oficina. Como foi dito anteriormente, “Oficina” é um termo que conjuga uma série de ações neste campo, mas não é capaz de nomeá-las em totalidade. Também é notável em nossas leituras que, cada relato de prática musical e sonora em Saúde Mental possui sua singularidade, sua territorialidade própria, enfim, características de cada coletivo que a fabrica. É aí que está a *alternatividade* da oficina – ela não possui um modelo definido e definitivo. A única possibilidade seria falar de cada uma das experiências que encontrarmos, uma a uma. Apresentamos, por conseguinte, algumas experiências sonoro-musicais que encontramos disponíveis para leitura, para se ter uma ideia de sua diversidade no capítulo III desta dissertação.

CAPÍTULO III. A OUVIR MAIS DE PERTO ALGUMAS CORDAS DA TEIA

“E eu me vejo a obedecer, eu nem sei bem porquê
 E sinto uma transformação e os acordes nascem sem querer
 Sem querer desponta uma canção e eu sinto o coração nos dedos
 Passeando em calma, afugentando os medos
 Que residem n'alma e deixo-me envolver
 Pelo braço do meu violão e o peito meu
 Fibra por fibra, apaixonado vibra
 Com prima e bordão e é aí que eu
 Sinto a mão de Deus na minha mão.
 Eu me ponho a dedilhar com emoção e fervor
 As velhas melodias, cheias de harmonias novas
 E nesse instante então, eu sou um sonhador
 Acompanhante das canções de amor
 Chego a cantar sem perceber alguns versos e trovas
 E aí começo a ver que eu nunca fui sozinho
 Meu violão me acompanhou por todo o meu caminho”.
Amélia Rabello, Sete Cordas

1. Práticas musicais e sonoras em Saúde Mental e suas singularidades: algumas experiências

Toda a leitura da produção teórica acessada para composição dessa pesquisa nos possibilitou perceber dois modos gerais de uso da música, em atividades relacionadas à Saúde Mental. Um deles refere-se a uma maneira de se utilizar a música como ferramenta que qualificaria, organizaria e agregaria valor à atividade, mas não se centraliza na questão musical, demonstrado em diversos trabalhos como, por exemplo, sobre o uso da música para o cuidado com o corpo no atendimento de enfermagem em saúde mental (CAMPOS; KANTORSKIL, 2008); a visita musical a pacientes hospitalizados como tecnologia de cuidado em enfermagem (BERGOLD; ALVIM, 2009); o grupo de Capoeira de Angola desenvolvido no CAPS em que a musicalidade compõe parte importante da atividade (SILVA; RIBEIRO; RIBEIRO, 2010) e o relato sobre o grupo de “Movimento Vital Expressivo” que utiliza a música para ambientar a atividade corporal, estimular as emoções e a sociabilidade (TAVARES, MOREIRA e BIAGGI, 2010). O que estes trabalhos trazem em comum é a utilização da música como aparato instrumental para suas práticas. A música é um mediador importante, porém, nessas experiências, a atividade de modo geral se sobressai à questão musical, o que seria mais uma teia a se analisar – uma teia que em algum momento intercepta a outra teia a qual estamos nos aproximando. É digno de nota que há uma quantidade expressiva de textos encontrados nesse modo de trabalho, porém, nessa pesquisa, como um critério de seleção, serão considerados no “arquivo-teia” apenas os trabalhos cuja

utilização da música se daria pelo segundo modo de trabalho com música, explicitado a seguir.

Este segundo modo se apresentaria em práticas em que a música teria um papel fundamental/indispensável/essencial, sendo que suas próprias características dariam forma e direção ao trabalho: a música como agente, como ferramenta principal da prática.

Nesse caso, diferente do anterior, a música não é somente uma ferramenta auxiliar para a realização de uma atividade corporal, expressivo-comunicativa, cultural, de cuidado ou outras; mas a música é condição para que a atividade aconteça. Neste grande grupo, das práticas que utilizam a música como um ferramenta psicossocial preferencial, aparecem ainda diferentes abordagens e concepções sobre o potencial musical. Sendo assim, nesta teia em que o uso da música em saúde mental é o intermediário psicossocial preferencial, identificamos pelo menos cinco modos principais de trabalhar com música presentes nas práticas vinculadas à RPb, aqui tomadas como fios ou cordas que compõem uma teia:

- I. atividades de musicoterapia
- II. oficinas sonoras e/ou musicais;
- III. bandas, corais, grupos musicais e trabalhos solos de variados formatos;
- IV. blocos carnavalescos;
- V. experiências de rádios.

É importante salientar que em nossa perspectiva, esses agrupamentos de formas de trabalho não são exclusivos e excludentes. Muitas narrativas de práticas nos levam a pensar em composições entre essas diferentes dinâmicas. As cordas ou fios estão ligados e ligam alguns fios a outros, mas não formam um circuito fechado. Elas estão sempre em vibração, pois são atravessadas pelo ambiente e por outros fios que vibram. E como cordas vibrantes, elas podem vir a se chocar, ser tocadas ou ouvidas juntas e às vezes uma subsume à outra, se quebra, pode ser substituída. Nosso intuito em criar essas categorias é evidenciar aquelas características que são mais exploradas nos relatos de experiência aos quais tivemos acesso, para fazer com que emergja a multiplicidade de formas de trabalho presentes no campo. Apresentaremos a partir daqui, as experiências que encontramos em cada uma dessas modalidades de práticas musicais na RPb.

1.1. Corda I: Atividades de musicoterapia

Nós utilizamos as cordas como sinônimos dos fios ou *linhas* da teia, no sentido instrumental-metodológico. Aqui, entretanto, marcamos uma diferença de lógica – a partir de agora, as linhas são as cordas de um instrumento. Estas cordas podem ser puxadas, batidas ou

beliscadas, com força ou suavidade, para soar e vibrar. Podem ser tocadas juntas a outras linhas formando harmonias ou tocada como melodia uma a uma, variando a sonoridade a partir da posição em que é apertada, podem tanto desafinar pelo uso excessivo ou descuidado, como podem ser afinadas, modificadas de tom a qualquer momento.

Bruscia (2000) propõe a musicoterapia como um processo sistemático de intervenção, em que o terapeuta tenta promover a saúde do cliente, por meio de experiências musicais que desenvolvam forças dinâmicas de mudança. Já Benenzon (1988, p.11) define a musicoterapia como o campo de estudo do “complexo som-ser humano-som, para utilizar o movimento, o som e a música, com o objetivo de abrir canais de comunicação no ser humano, para produzir efeitos terapêuticos, psicoprofiláticos e de reabilitação no mesmo e na sociedade”. Benenzon (1988) também afirma que há cinco grandes alternativas de aplicação da musicoterapia: individual, grupal/familiar, didática, institucional e psicoprofilática. O conhecimento técnico sobre música que o musicoterapeuta possui diferencia esta de outras práticas musicais feitas por outros profissionais. São técnicas da musicoterapia o processo musicoterápico, que segundo Barcellos, vai da entrevista inicial à alta, e, a ficha musicoterápica, que registra e investiga a história sonora do indivíduo para se trabalhar a partir dela (COSTA, C.M., 1989). Os procedimentos técnicos da musicoterapia se dividem em dois grandes blocos: as técnicas receptivas, em que o paciente se submete a audições musicais e as técnicas ativas, em que o sujeito produz a música. Ambas as técnicas possuem métodos específicos de seleção, aplicação e direcionamento das práticas (id.). Tais especificidades não aparecem nas elaborações advindas de práticas musicais exteriores à clínica musicoterapêutica.

Em 1966, Benenzon cria a Escola de Formação de Musicoterapeutas na Faculdade de Medicina de Salvador/BA, e, em 1968, retorna ao Brasil para fundação da Associação Brasileira de Musicoterapia, no Rio de Janeiro. Em 1968, a Associação de Musicoterapia do Rio de Janeiro já funcionava e contava com a participação de pessoas engajadas com o mote da saúde mental (id.).

O Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) oferece esse tipo de terapia desde 1968, quando foi criada a Associação Brasileira de Musicoterapia (ABMT), que teve sua sede provisória no próprio Instituto e como membro do Conselho Consultivo o professor Luiz Cerqueira, do Setor de Praxiterapia. Entretanto, pode-se dizer que a musicoterapia na UFRJ iniciou bem antes de 68. No Hospício Pedro II, localizado no atual *campus* da Praia Vermelha, e marco no histórico da loucura no Brasil, já se oferecia tratamento com instrumentos musicais aos pacientes (CAYRES, 2006).

No entanto, como já vimos a partir das experiências do Juqueri, as práticas musicais realizadas nos manicômios não se tratava ainda de uma clínica musicoterapêutica tal como ela

é atualmente, mas de uma ação disciplinante e recreativa. Conforme Clarice Moura Costa, a *clínica musicoterapêutica* propriamente dita, foi iniciada no Brasil em 1980 no IPUB, suscitando nos próprios musicoterapeutas, muitas inquietações sobre os objetivos, a clientela e os alcances da musicoterapia (COSTA, C.M., 1989, p.51), que já vinha sendo aplicada no contexto psiquiátrico (COSTA, 2008). E prosseguiu crescendo nos anos 90, com a abertura de novas associações e cursos de formação de musicoterapeutas, fazendo com que a musicoterapia encontrasse no solo da Reforma Psiquiátrica brasileira, fertilidade suficiente para lançar a semente de sua clínica, no contexto da saúde mental.

Segundo Amarante (2007), o pioneiro na formação de grupos de compositores e músicos relacionados ao contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira foi o IPUB, que em 1996, inicia suas práticas que incluíam a música no tratamento e como forma de expressão da vivência do sofrimento psíquico. A partir daí, essas propostas se propagaram e se multiplicaram em práticas similares por todo o Brasil. Na década de 1980, com a observação de que a maioria dos pacientes internados no IPUB respondia às ofertas de musicoterapia, se investiu nessa possibilidade. Nos anos de 1990, o musicoterapeuta Vandrê Vidal veio para o IPUB e propôs um trabalho que resgatasse a identidade sonora do paciente, por meio da criação musical (CAYRES, 2006).

Um dos principais objetivos do projeto “Cancioneiros” é de compreender o fazer musical na vida de cada sujeito, para compor sua abordagem (musico)terapêutica, indo ao encontro do sujeito no nível em que ele mesmo se situa, no que ele é capaz de expressar sonoramente e dizer de si e por si mesmo, utilizando a noção musicoterapêutica de Clarice Moura Costa (VIDAL, 2011, p.192). Para esta autora, o musicoterapeuta incrementa a expressão sonoro-musical do paciente, de modo que lhe seja possível comunicar algo de “sua realidade interna que constitui seu modelo particular de mundo” e de trazer “explicitamente para a linguagem verbal o que está implícito tanto nas produções musicais quanto nos comentários posteriores” (COSTA, C.M., 1989, p.58).

Vidal (2011) mostra algumas particularidades de prática musicoterápica nos Cancioneiros:

O valor que era dado a essas criações, por seus compositores, era muito grande e tivemos o cuidado de respeitar a produção original, mas propondo um suporte musical que valorizasse as músicas. As alterações e arranjos eram realizados em concordância com os autores e compartilhados com o restante do grupo. Esse cuidado era extremamente importante, pois o medo de ter sua obra deturpada ou mesmo roubada é grande. Criamos uma estrutura de acolhimento, onde repetidas experiências de fracasso possam ser ressignificadas em conquistas das mais simples a realizações mais

complexas. O suporte musical e terapêutico do Projeto tem procurado atender a essas expectativas (VIDAL, 2011, p.193).

O fazer musical seria então utilizado como mediador simultaneamente terapêutico e sociabilizador para o exercício da autonomia, uma vez que se tentaria promover a alteração da imagem que se tem da loucura, atribuindo aos pacientes “o papel de interlocutores das suas vontades, transformando, com suas músicas, conflitos individuais em problemas relativos às esferas sociais mais amplas ou mesmo a toda a sociedade” (VIDAL, 2011, p.194). A musicoterapia como corda é uma linha que soa, que se articula com outras linhas – por exemplo, com as linhas de audibilidade da clínica da Saúde Mental e Coletiva e da inserção sociocultural – produzindo uma harmonia, a da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ora como harmonia consonante ou dissonante aos ouvidos da sociedade, as sonoridades produzidas por este encontro de linhas se voltam à produção de subjetividade de compositor, do sujeito que pode cantar/tocar/falar por si mesmo e transformar os sentidos das suas experiências de sofrimento.

Vidal (2011) apresenta também alguns trechos da participação no Grupo de uma paciente compositora, denominada por ele de “Jofa”. Ela foi descrita como uma pessoa muito envolvida com os Cancioneiros, de modo que, sua história de participação no grupo poderia ser sintetizada como um representante dos alcances que o projeto obteve no decorrer do tempo (VIDAL, 2011). “Jofa” iniciou no grupo de musicoterapia do IPUB em 1995 e, em 1996, no Projeto dos “Cancioneiros”. Em 2005 compôs o tema do “Coletivo Carnavalesco Tá pirando, pirado, pirou!”, e em 2008 apresentou-se junto ao grupo no show do Projeto “Loucos Por Música”⁶⁶, na concha acústica de Salvador. Além disso, concedeu ainda uma entrevista ao site da Webtv da Universidade Federal do Rio de Janeiro em que comentou sobre os “Cancioneiros” em sua vida.

O autor apresenta também a trajetória de uma paciente compositora, denominada por ele de “Jofa”, entendendo que a sua história de participação no grupo poderia ser um exemplo dos alcances que o projeto obteve ou pode obter. A produção de sentidos para a vida foi possível à Jofa a partir de sua inserção nos Cancioneiros e se mostra no crescimento de sua rede de contratualidade social, cultural e em sua produção musical (VIDAL, 2011).

O trabalho de Costa e Vianna (1982) realiza uma análise de uma experiência de tratamento com musicoterapia em pacientes que passaram por períodos breves de internação

⁶⁶ O projeto “Loucos Por Música” envolve grandes encontros de músicos relacionados à área de Saúde Mental (TULLIO e NASCIMENTO, 2012).

psiquiátrica. Nessa prática, a musicoterapia era considerada uma terapia autoexpressiva e o grupo foi organizado a partir de técnicas de grupo operativo, para trabalhar sobre o concreto, o que se considera eficaz “com pacientes cuja capacidade de simbolização esteja comprometida” (id.). Estes autores relataram o efeito da musicoterapia em pacientes esquizofrênicos, demonstrando que sua capacidade de relacionamento interpessoal foi ampliada e vários deles obtiveram altas médicas. Costa e Vianna desenvolveram a hipótese de que o ambiente musicoterapêutico propicia a revivência de três fases da percepção sonora, respectivamente: o prazer de ouvir, o desejo de escutar e a exigência da significação e apropriação semântica (id.).

Alguns autores (NICK, 1987; DIAS; SAMPAIO, 1999) retratam o uso da musicoterapia para pacientes ambulatoriais e internados, com diagnóstico de esquizofrenia. Com uma técnica diretiva, o musicoterapeuta propõe atividades no *setting* e leva estímulos sonoro-musicais pré-selecionados e, conforme o clima do grupo e o momento da sessão, é incentivada a criação de cada integrante (id.). Chicayban (1989; DIAS; SAMPAIO, 1999) também elaborou uma oficina de expressão e composição musical para pacientes psicóticos no hospital-dia do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, visando, por meio da composição grupal de canções, uma forma de auxiliar a recuperação das habilidades de pensar simbolicamente, denominada “conduta abstrata”, que envolve a capacidade de perceber vários aspectos de uma situação, como totalizar, generalizar e particularizar um mesmo problema (id.). Tal prática se baseia no exercício criativo de arte como instrumento de agregação, socialização e acompanhamento processual, por intermédio de um tema expressivo.

Blake e Bishop (1994 apud DIAS; SAMPAIO, 1999) utilizam a música para tratamento do chamado “estresse pós-traumático”, na técnica GIM (Guided Imagery and Music, ou Música e Imagem Guiadas), que permite o acesso a sentimentos, memórias e imagens inconscientes, reconectando-os a partir do autoentendimento possível na relação de confiança com o musicoterapeuta. Tanto em grupo como individualmente, o autor ressalta a seleção musical a partir da história do(s) cliente(s), quando ocorre numa relação de confiança que deve ser mutuamente estabelecida, resultaria em relaxamento, maior concentração, rememoração e desenvolvimento da relação do cliente dentro do seu grupo.

Já no grupo de musicoterapia de Ferrari e Pereira (2010), realizado no ambulatório de psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a música e a palavra seriam pensadas como elementos facilitadores para a busca de um efeito ético-analítico, sendo assim dirigidos para esse fim. O que se preza é uma prática musicoterapêutica que permita, individual e coletivamente, construir narrativas pessoais, recordar momentos da história do

sujeito, potencializar a convivência e possibilitar a produção de novos sentidos subjetivos e sociais às experiências relacionadas à psicose. A música aqui parece estar presente como intermediário e parceiro da linguagem, mas não sobrepujada à finalidade analítica da atividade, que ganha espaço privilegiado a partir dos aspectos intersubjetivos e intrapsíquicos ocorrentes prática grupal. Na sonoridade desta corda, nota-se sua necessária flexibilidade de mudar de tonalidade e de afinação, de acordo com as demandas dos compositores/instrumentistas que a executam e do posicionamento clínico do compositor/coordenador da atividade. Ou seja, o som nesta corda é produzido livremente de acordo com o desejo do(s) instrumentista(s), o(s) sujeito(s) em sofrimento psíquico, não importando que tipo de tom é executado ou se está desafinado, mas, o que este som *significa*, no sentido verbal do termo (id.).

Outro projeto, intitulado o “Trem das Onze”, desenvolvido pela musicoterapeuta Cláudia Trindade, apresentaria como proposta a busca por algo que seria anterior à palavra. Conforme tal proposta, a oficina daria “voz à instância pictográfica – que não contempla a representação-palavra, abrindo-se, por meio das identificações imaginárias, campo de consistência psíquica necessária aos sujeitos com transtorno mental grave” (CATUNDA e POMPERMAYER, 2012, p.93). A música situada nessa atividade, portanto, seria uma forma de expressão mais “primitiva” que antecede à palavra e que, por isso, pode suscitar um elemento comunicativo em qualquer ser humano capaz de ouvi-la ou senti-la. Aqui, a corda assume a característica mais essencial de uma sonoridade – se fazer ouvir. Quando não se pode falar, ainda assim, a musicoterapia se desdobra, puxa e reposiciona sua corda, para oferecer ao sujeito possibilidades de produção de sonoridades em que ele se faça ouvir, por meio de seus sons e seus silêncios.

Mas de que modo se poderia “sentir” a música e expressá-la em sua aparente “primitividade” se comparada à linguagem falada? A dança como expressão musical no corpo, pode ser tomada como exemplo. Leonardi e Pedrão (2012) tratam da experiência relacionada ao canto e a dança, em que se articularia musicoterapia à dança circular. Tal processo musicoterapêutico seria dividido em alguns momentos principais como a canção de acolhimento, a partilha de questões ligadas aos valores noéticos – conceito advindo da fenomenologia de Frankl – o momento da roda para os cantos coletivos e danças circulares e o momento de compartilhar a vivência ao longo do encontro. Neste contexto, a voz e o corpo representam instrumentos expressivos que o sujeito poderia lançar mão para a “*libertação da prisão dos pensamentos*” (LEONARDI e PEDRÃO, 2012, p.169). A singularidade desta prática se dá em aliar três diferentes teorias e técnicas – da musicoterapia, da aplicação da

leitura fenomenológica dos conceitos noéticos de Frankl e da dinâmica da dança circular, considerada uma prática integrativa e complementar no SUS com procedimentos e métodos próprios⁶⁷. No entanto, este breve relato carece de dados sobre a técnica musicoterapêutica em si. Aqui temos mais uma amostra da articulação da corda da musicoterapia com outras linhas, para formar uma harmonia mais sofisticada que pluraliza suas técnicas terapêuticas.

Há a experiência do “Movimento Heterogênese Urbana”, de uma musicoterapia mais híbrida, inspirada em conceitos da filosofia francesa, de autores como Guattari e Deleuze. O musicoterapeuta de um ambulatório de Saúde Mental de Niterói abriu um novo grupo de musicoterapia para psicóticos, por solicitação da equipe. A encomenda da equipe era de uma proposta inequivocamente terapêutica. A partir de alguns encaminhamentos “errados”, de sujeitos não-psicóticos ao grupo, o coordenador do grupo repensou a oferta e decidiu reunir as pessoas afirmando a heterogeneidade de seus impasses subjetivos, de suas hipóteses diagnósticas, o que foi recebido com estranheza e certo receio da equipe. Ao se negar a formar um grupo “homogêneo” pela nosografia e psicopatologia, o musicoterapeuta buscava uma prática que acolhesse “a alteridade no seu limite” (PEIXOTO, 2007, p.136):

As experiências dos híbridos integrantes deste processo contribuem para movimentar nossos mergulhos em novas composições. As misturas de experiências entre as figuras existenciais dos ditos ‘neuróticos e psicóticos’ fazem pulular e germinar o acontecimento no plano da dissolvência das formas já instituídas. Formas que, por definição, são da esfera da diversidade, da multiplicidade de modos existenciais que são colocados em relação. Relação de forças, de afetos, de ideias que expressam a diversidade dos modos de sentir, de pensar e de agir (id., p.142).

Nos chamados encontros de heterogênese, as pessoas eram convidadas ao debate, à expressão e composição musical e corporal sobre o que queriam, inclusive, sobre seu sofrimento. Com os temas que apareceram no debate, foi feita uma lista cartográfica dos afetos, que serviu de intercessor dessa prática, para dar voz às afecções e perceptos dos sujeitos, produzindo sentidos efetivos, porém sempre provisórios (id.). Os caminhos percorridos pelo grupo se deram em alguns passos singulares: da garantia de acolhimento à diferença; do direito à participação em todas as decisões dos processos da heterogênese; de que a cada encontro se elegeisse um ‘regente’ que organizasse e desse voz aos outros participantes; do estímulo a perspectiva da cooperação, ou seja, cada integrante do grupo

⁶⁷ Novaes (2013) comenta, no Manual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, sobre o *modus operandi* da dança circular: “No círculo da dança, a interpretação da vida: o centro da roda como fonte comum a todos e a periferia como revelação dessa fonte, com variados movimentos, para dentro e para fora, para o céu e para a terra, para um lado e para o outro. Lições de vida focalizadas na cooperação e integração dos participantes, transformando passos e gestos em mandalas humanas” (NOVAES, 2013, p.26).

poderia multiplicá-lo em outras experiências da cidade. Em última instância, se buscou afirmar o direito à diferenciação, para além da garantia da expressão, por novas “configurações edificadas pela força ritual da diversidade, esposada à força de afecção ritual da música” (id., p.209)⁶⁸. Nessa experiência, a corda da musicoterapia, inicialmente pensada para se extrair um tipo de sonoridade, acaba por produzir sons novos e inesperados, isso por que os instrumentistas se arranjam entre si e arranjam o instrumento de um modo inusitado. Atualmente chamada de “Heterogênese Urbana”, esse movimento pretende colocar a cidade em movimento, na crença de que o primeiro passo para mudar o mundo é ver a si mesmo como uma obra de arte a ser construída, obra existencial a ser tecida na relação com o mundo, com o outro, produzindo Sinfonias Urbanas em espaços da cidade, nas instituições, teatros, praças públicas (id.). Pode-se ouvir uma amostra das músicas da “Heterogênese Urbana” na Faixa 01 do Anexo Audível⁶⁹.

Pimentel, Barbosa e Chagas (2011) nos lançam luz sobre algumas técnicas da musicoterapia, por meio de uma experiência na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde, que engloba a saúde mental na perspectiva da saúde subjetividade ou subjetividade saúde. O objetivo dessa prática/pesquisa foi a de contribuir para o acolhimento naquele serviço, apoiado nas convergências entre a Política Nacional de Humanização do SUS e a Musicoterapia (VIANNA, 2008; CHAGAS, 2004; PIMENTEL, 2005).

Segundo Adriana de Freitas Pimentel, Ruth Machado Barbosa e Marly Chagas (2011), os métodos de “improvisação, composição, recriação ou da audição, facilita a expressão e a produção dos sentimentos, pensamentos e atos dinamicamente transformados no contato com o outro (...) [e] se difere da simples utilização da música na sala de espera” (CHAGAS e PEDRO, 2007). As distinções entre uma prática musical outra e a ação no campo da musicoterapia não param aí. Além da formação específica do musicoterapeuta, sua escuta é treinada para perceber a expressão subjetiva de seu cliente, intervindo quando for necessário. O musicoterapeuta utiliza como instrumental para sua atuação todo material sonoro presente no ambiente e não só a música propriamente dita e, além disso, “o conceito de música para a musicoterapia é diferente do conceito de música para o músico” (PIMENTEL et.al, 2011, p.744). O musicoterapeuta planeja uma atividade em que qualquer pessoa possa participar,

⁶⁸ Dessa experiência, relatada na dissertação de mestrado de Peixoto (2007), foi produzido o livro “Heterogênese, Saúde Mental e Transcomposições” (PEIXOTO, 2012), e o CD “Heterogênese Urbana”, experiência com a qual tivemos contato a partir de palestras e lançamento deste livro e CD no Congresso da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), realizado em 2012, em Fortaleza.

⁶⁹ Áudio extraído do vídeo, disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=LbHmAD8IYAI>>.

mesmo as que não saibam nada sobre música, ou que tenham dificuldades de execução musical e/ou limites físicos para isso:

O musicoterapeuta é treinado a se adequar ao outro (...). A musicoterapia valoriza o que a pessoa consegue fazer musicalmente, e busca estimular a atuação dela a partir do que expressa. Instiga a utilização de instrumentos, do canto, do corpo como instrumento sonoro, e a percepção e apropriação dos sons que envolvem o ambiente. O participante é mobilizado a sair da postura passiva (id.).

Estas são algumas das especificidades da clínica musicoterapêutica, características que nem sempre são presentes ou determinantes nas oficinas sonoras e/ou musicais de outro contexto que não o da musicoterapia ou sob coordenação de outro profissional que não um musicoterapeuta. É interessante notar que a musicoterapia é, em geral, muito disposta a se articular à outras cordas e outras vibrações, com uma abertura à interdisciplinaridade com fins de produção de novas composições que lhe permitam fabricar outras ferramentas para sua prática, ou mesmo, novos vetores de existencialização.

1.1. Corda II: Oficinas sonoras e/ou musicais

Dentro da modalidade de oficinas sonoras e/ou musicais, ainda há diferentes desdobramentos em relação aos objetivos, métodos e efeitos esperados: as oficinas terapêuticas, as oficinas artísticas e expressivas, oficinas de inserção sociocultural, oficinas educativo-pedagógicas e as oficinas em que as fronteiras aparecem borradas, onde há uma transversalidade e intersetorialidade entre cultura, saúde e outras áreas. Isso foi verificado a partir de busca realizada em várias bases de dados da internet, conforme apontado no Capítulo I em que constatamos que, na confecção dos mais variados artigos, há a participação de profissionais de distintas formações e que trazem contribuições inerentes à sua área, o que evidencia tanto a diversidade da produção sobre oficinas musicais, quanto a riqueza de dados advindos de práticas institucionais.

Os relatos de oficinas de música compõe o maior número de textos encontrados nesta pesquisa, uma vez que muitas práticas musicais se denominam oficinas e foram encontradas por meio dessa nomenclatura. Por isso, este grande número de trabalhos será dividido em subitens, cada um dos quais evidenciando a vibração mais fortemente presente no trabalho, na ação da corda das oficinas/práticas musicais: vibração terapêutica, vibração de inserção social, vibração de prática pedagógica, vibração estética e vibração transdisciplinar.

Falamos em vibrações ao invés de características ou natureza das oficinas, por que, além da ambiguidade que a palavra introduz, vibração remete a movimento e à ideia de

propagação (vide figura II). Ressaltamos de antemão que as oficinas não possuem um movimento definitivo de vibração de sua corda, uma vez que o próprio movimento não permite uma só direção ou sentido. No entanto, tentamos reunir algumas práticas sobre as quais percebemos uma vibração maior ou mais direcionada a um aspecto da ação/da prática, de acordo com os critérios e tecnologias de funcionamento que alguns relatos de oficinas propuseram.

Mas antes, olhemos para a constituição das oficinas de música através das experiências pioneiras no contexto da RPb. Podemos verificar o relato de alguns profissionais do primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) brasileiro, o CAPS “Prof. Luis da Rocha Cerqueira” ou “CAPS Itapeva”, localizado no município de São Paulo. Nestes experimentos inaugurais, a prática em constituição é uma superfície aberta, atravessada por um amplo espectro de possibilidades – terapêuticas, expressivas, pedagógicas, culturais. É uma corda que pode vibrar para qualquer direção. Tais relatos podem ser verificados, por exemplo, em Yasui e Dionísio (2012), que aí demonstraram o processo criativo que se deu em ato, perceptível nas cenas da Oficina de Música:

alguém pede que toquemos uma canção. Cantamos. Outro pedido. Se não sabemos a letra, pedimos para alguém trazê-la na outra semana, enquanto Manga procura os acordes, a harmonia, o tom. (...) um pequeno grupo de música. Depois de certo tempo temos um repertório. Tiramos cópias das letras para que todos possam cantar. (...) escolher uma música do nosso repertório. Trabalhar a música: olha o tom! Atenção para o refrão! Olha o ritmo! Segunda voz! Acompanhar com palmas. O grupo tem de se organizar a partir de algumas regras para produzir música, produzir harmonia. Sobretudo precisa estar atento à emissão sonora dos acordes de violão, da voz que canta. É preciso saber ouvir; é preciso cantar” (id., p.63).

Lima (1997) também apresenta algumas das produções dos ateliês ocorridos neste CAPS em São Paulo. Conforme a autora, os ateliês de música, assim como os demais, eram coordenados por duplas compostas por um artista ou artesão e um terapeuta da equipe. O enfoque dos ateliês consistia, principalmente, em possibilitar o trabalho grupal e formas de sociabilidade, entretanto, o sentido que uma oficina poderia adquirir para o sujeito e o que dessa experiência se poderia extrair suscitaram algumas indagações: para que(m) serve uma oficina ou um ateliê de música? O que se pretende abarcar e qual seu potencial de alcance? Quais os objetivos de um ateliê de música? Conforme Lima:

A partir do momento em que as propostas de atividades passaram a surgir da reunião geral, ficou mais difícil para nós imprimir-lhes sentidos *a priori*. ‘Seria interessante se tivéssemos um espaço para cantar’, disse certa vez uma usuária, logo recebendo apoio de vários outros para sua proposta: ‘Sim, sem

dúvida seria!’ Nos organizamos, convidamos um músico para participar, iniciamos o projeto, mas... quando tentávamos justificar teoricamente aquela atividade, tínhamos dificuldades. Falávamos de espaço de expressão, espaço de aprendizagem de técnicas e linguagens, atividade que auxilia a organização interna e estimula potencialidades, mas sentíamos que não conseguíamos dar conta da riqueza e complexidade desses espaços. (...) Os ateliês de música (...) tinham por território a cultura, algo que pode ser compartilhado e onde os sujeitos podem se encontrar. Quando alguém propôs, na reunião geral, que houvesse no CAPS um espaço para cantar, estava propondo algo a partir das suas próprias experiências e das referências que tinha em relação ao cantar; se muitos outros se entusiasmaram pela ideia é porque também a eles fazia sentido cantar (LIMA, 1997, p.80).

A partir do código musical, cujos ritmos, sons e silêncios eram tecnicamente dominados e difundidos pelo coordenador musicista, os participantes da oficina poderiam constituir um espaço de trocas, de acolhimento dos ritmos singulares que cada um encarnaria no trânsito entre o ritmo singular e a “coletivização dessas singularidades” (id., p.82). No início, ao se indagar aos participantes sobre “o que cantar”, imperava o silêncio. Entretanto aos poucos essa pausa daria lugar a fragmentos sonoros, letras e conseqüentemente, a músicas inteiras e recomposições, que, viriam a contribuir na constituição de lembranças e pensamentos, ou, em outras palavras, no processo de subjetivação (ibid.).

No decorrer dessas experiências com as oficinas, o repertório que foi se constituindo passou a ter suas composições registradas num caderno, o que permitiria aos participantes que chegassem depois, se integrar mais facilmente ao grupo. As músicas registradas eram escolhidas para serem trabalhadas e rearranjadas harmônica, rítmica e melodicamente, revelando assim um novo território a partir de um universo linguageiro comum, ou seja, era possível “improvisar vozes e ritmos, destoar, desafinar, criar orquestrações existenciais inéditas e inusitadas” (LIMA, 1997, p.82).

Além desta experiência, Lima (1997), no mesmo trabalho, evidencia outra atividade, com outro público e instituição. Trata-se do Hospital Dia (HD) Infantil da Mooca, também no município de São Paulo, que atendia crianças e suas famílias. Tal experiência ocorreu no Carnaval de 1993, em que um dos componentes da equipe sugeriu o contato com uma escola de samba da região para que as crianças pudessem assistir a um ensaio, com o intuito de possibilitar o acesso aos símbolos e expressões culturais da comunidade. A equipe se pôs a viabilizar a ideia com muita vibração e, nesse contexto, uma parceria se produziu:

Um dos funcionários do HD, que morava na região, conhecia o diretor de uma escola de samba pequena do bairro. Fizemos contato e o tal diretor se mostrou bastante interessado em promover conosco uma festa. No entanto, a escola não tinha um local para ensaio, que se fazia na casa dos integrantes em condições precárias. Assim, um laço que foi criado produziu frutos para

os dois grupos em questão: nós intercederíamos, junto à prefeitura, para que a escola pudesse utilizar o ginásio do centro esportivo (próximo ao HD), em alguns horários, para o ensaio e eles compareceriam ao HD, representados por sua ala mirim (proposta do diretor), para organizarmos uma verdadeira festa de carnaval (id., p.143).

Para que a festa não adquirisse um teor de ‘festa institucional’, a equipe cedeu seu espaço de trabalho à criação de um espaço cultural inédito, no qual fosse possível para cada sujeito trabalhar por si e para si:

o resultado foi emocionante. Pais, mães, crianças e funcionários criavam fantasias, preparavam-se e preparavam o espaço do HD para receber nossos ilustres convidados. As crianças da escola chegaram inundando o espaço com sua alegria. Estavam vestidas com as roupas com as quais desfilariam e munidos de seus instrumentos musicais. Tinham uma inesperada tranquilidade para interagir com nossas crianças, que assomaram a elas curiosas. Quando a bateria começou a tocar, os corações dispararam, ficamos todos arrepiados. Aquela música, aquele ritmo, eram contagiantes, não podíamos ficar parados. As crianças do HD olhavam embevecidas; umas dançavam puxadas pelo mestre-sala e a porta-bandeira, outras se aproximavam dos tocadores, queriam ver como se produzia aquele som que lhes tomava o corpo todo. As crianças da bateria cediam seus instrumentos e ensinavam as outras a tocar (id., p.143 e 144).

E esta oficina, em que desdobramento de sentido cabe? Em que direção essa corda vibra? Trata-se de um uso terapêutico, pedagógico ou cultural da música? Nessas práticas inaugurais das oficinas musicais em Saúde Mental, acreditamos que o que sobressaiu não foi uma dimensão predominante da música em detrimento de outra, como por exemplo, da prática musical como forma de expressão com relação à dimensão da produção estética ou como terapêutica. Naquele momento de construção da prática, foi propícia a abertura ao virtual, à multiplicidade de sentidos e desdobramentos, para se explorar a infinitude de efeitos e objetivos possíveis na oferta da oficina, e que, com o passar do tempo, vão ganhando características mais ou menos definidas e dirigidas, conforme a demanda e a encomenda social. Nas experiências pioneiras, a corda já dá sinais de uma vibração transdisciplinar, pois não procura se definir antes da prática, mas nela e a partir dela.

A) *Oficinas com vibração terapêutica*

Uma experiência de oficina terapêutica de música se encontra nos escritos de Hainz e Costa-Rosa (2009), que realizaram uma oficina destinada a sujeitos psicóticos, com a hipótese de reestruturação psíquica por meio da criação artística: a arte funcionaria como construção delirante para a saída do desmoronamento da realidade, diminuindo o sofrimento pela via da

produção subjetiva. Este é um ponto crucial que define se a oficina de música se classificaria ou não como terapêutica: o modo como a música é tomada, como arte capaz de produzir outros destinos para a energia psíquica que não o sofrimento.

Uma característica definidora da oficina terapêutica defendida pelos autores é o do posicionamento dos terapeutas na oficina como fator preponderante no processo clínico: a atenção ao surgimento da palavra, a escuta e a licença de tempo e espaço para sua potência produtiva no plano singular e coletivo (id.). E o coordenador da oficina deve direcionar a atividade de acordo com as demandas individuais e coletivas de tratamento, considerando os diferentes momentos “transferenciais”, “resistenciais”, de “implicação subjetiva” e de “interrogação do sintoma”, passíveis de serem problematizados no próprio processo de grupalização (id., p.409).

Outra característica diz respeito à reorganização da oferta de oficina de música a partir de hipóteses diagnósticas, segundo o referencial da psicanálise do campo freudiano (HAINZ; COSTA-ROSA, 2009). Em sua prática, os autores diferenciariam a participação dos sujeitos no grupo a partir de tais hipóteses, sendo que, ao diferenciar o sujeito em sua constituição psíquica, este tipo de oficina estaria sendo direcionada a uma prática profissional específica sobre o psiquismo e seus desígnios:

Outras questões surgiram: sendo a oficina “não-terapêutica”, e não de reinserção sociocultural, portanto semelhante a qualquer outra atividade de lazer, por que ter o psicólogo como oficinheiro? Como psicólogos, não deveríamos propor algo mais aos usuários, que os ajudasse em questões subjetivas ou mesmo socioculturais nas quais aquelas fossem a base? (...) Partimos da hipótese de que a “oficina musical” poderia ser um dispositivo capaz de ajudar os sujeitos a produzirem alguns dos elementos psíquicos necessários à saída da experiência da “forclusão desencadeada” (surto psicótico); portanto está implícito que os sujeitos para quem ela será oferecida apresentam essa situação psíquica e essa demanda, ao menos por hipótese inicial (id., p.408).

A oficina terapêutica de música, para os autores, deveria atuar com a atividade artística no sentido de reconstruir o cotidiano de inserção social do sujeito em sofrimento, a partir de um posicionamento definido do terapeuta em relação ao grupo; definição esta que está ligada à elaboração das hipóteses sobre o momento psíquico em que o sujeito se encontra, realizando assim uma ação orientada a uma terapêutica e a criação de novas formas de sociabilidade, sem que seja buscada uma adaptação do sujeito aos modelos hegemônicos de subjetividades ou à lógica do modo capitalista de produção.

Medeiros e Candal (2010a, 2010b) também tentam fazer a corda vibrar para este mesmo lado - uma oficina, baseada na psicanálise, que usa da música como pretexto para ações terapêuticas. Era no espaço da convivência/ambiência do CAPS, que é o espaço aberto da espera e do acontecimento do CAPS por excelência, que ocorria a Oficina de Música. Os autores analisam o que as músicas colocadas para tocar no espaço de convivência despertavam em seus pacientes: a estratégia era oferecer a música como disparador para questões relacionadas à psicose, como a continência psíquica e a produção de algo que daria contorno ao sujeito e a seu corpo, e elaborar esses disparos.

Lidar com os disparos seriam as “funções das oficinas terapêuticas, pois o que acontece nesses espaços desencadeia algo para além dele mesmo, por esse processo singular” (MEDEIROS; CANDAL, 2010b). Ouvir músicas em quaisquer lugares poderia suscitar no sujeito diversas interrogações, afetos e percepções; acontece que se isso ocorre em oficina terapêutica, ambiente que privilegia a experiência subjetiva e suas demandas de sentido, a audição musical é perpassada pela escuta clínica e o ato de ouvir música em grupo não é simplesmente pelo ato em si ou pela reunião de pessoas, mas pelo que este acontecimento pode provocar em termos de efeitos nas subjetividades. Para isso, segundo os autores, era necessária grande plasticidade da atividade para lidar com o que é gerado nos pacientes, com o que vai além da função inicialmente pensada, com a imprevisibilidade deste dispositivo em criar dentro da própria criação (id.). Ou seja, mesmo que a corda tenha uma tendência a vibrar para uma direção – a terapêutica – algo de imprevisto pode advir da emissão de seu som. A mistura das diferentes subjetividades e modos de agir dos participantes e coordenadores contribuem para a pluralidade da oficina, assim como seus efeitos (MEDEIROS e CANDAL, 2010a).

Pensando na especificidade da psicose, as autoras argumentaram que o objeto desenvolvido em uma oficina para sujeitos psicóticos não deveria ser tomado obrigatoriamente como algo a ser reconhecido artisticamente, ou seja, não é um produto que deve mirar um sentido *a priori* – sentido de belo, vendável ou adequado. Defende-se que esse objeto produzido não deve visar nada além de si mesmo e de seu processo de produção, deve permitir ao sujeito que busque o sentido em seu fazer singular e que faça o que quiser desse sentido e de seu objeto-produto. Nesta proposta, a oficina se pautava nas demandas dos participantes, funcionando como um espaço de fala por meio da música e, em certos momentos, não dependia da música para nada. A música, deste modo, é um meio de acesso e de disparo à palavra, o principal meio de trabalho desta clínica. Contudo, a oficina se posiciona como oferta terapêutica, mas que não ocorre em um *setting* convencional, mas em

um dos espaços mais sociabilizadores do CAPS, o que a distancia da visão tradicional de clínica e a aproxima das propostas da RPb.

Uma atividade que exemplifica como a corda vibra para o terapêutico, mas que não deixa de vibrar para outras direções – no caso, da inserção social, ou quando se mistura o clínico-terapêutico ao objetivo de sociabilização encontra-se nos relatos de Ribeiro (2007), sobre o “grupo expressão” como prática de “reabilitação psicossocial” referenciada pela psicanálise lacaniana. Seu objetivo era o de trabalhar na ampliação da comunicação entre “mundo interno e externo” promovendo a inserção social, sendo a música utilizada como mediadora do tratamento e como promotora de sociabilidade, ambos os processos pertinentes aos objetivos da RPb. Ribeiro (2007) discorreu sobre a arte como mediadora de comunicação para psicóticos, desenvolvendo atividades como o da “exploração dos sons da sala, expressão sonoro-musical (com instrumentos musicais ou com a voz), audição de seleção de sons do cotidiano, roda de canto e dança, encenação de histórias criadas pelo grupo, exercícios de soltura, exercícios de prática coral ou de técnica vocal” (id., p.30). Ribeiro afirma que foi possível acompanhar a “elaboração de conflitos internos que impediam a comunicação com o mundo externo”, o que viabilizaria a inserção do indivíduo à comunidade (id., p.32). Essa proposta é terapêutica à medida que o objetivo da oficina é ampliar as ofertas de criação para o sujeito ao seu contato com a realidade, processo este que também influi no modo como ele habita o social. Apesar de responder a uma grande demanda junto aos serviços de Saúde Mental, como já vimos, nem sempre as oficinas se constituem somente como ofertas terapêuticas.

B) Oficinas com vibração para a inserção social e convivência

Encontramos vários trabalhos que trazem à tona práticas mais voltadas à inserção sociocultural dos pacientes da instituição, fazendo a corda vibrar mais para esta dimensão. O trabalho de Santos e Lombardo (2010) descreve uma experiência de oficina em que se mistura uma oferta clínico-terapêutica com efeitos sociabilizadores. Trata-se de uma atividade oferecida aos usuários de um CAPSad do município de Campinas/SP, que realizou uma interlocução com outro serviço comunitário – um Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO).

Nesta oficina, os participantes podiam experienciar livremente sua musicalidade, o que possibilitava a direção dos encontros conforme os desejos de expressão e de criação coletiva. A partir dessa oficina, o grupo concretizaria um processo de composição musical, o qual seria gravado em estúdio no CECCO, desencadeando assim vários desdobramentos em termos de

sociabilização, circulação pelo território e inscrição de seus processos criativos no campo da cultura (SANTOS e LOMBARDO, 2010). A oficina se revelou, assim, em um meio importante para a vinculação dos usuários ao tratamento, uma vez que abrangeria também um público que não se encaixava nos protocolos clínicos mais tradicionais, já que “a potência da música para ativar no sujeito significações para além do tratamento e do consumo de substâncias [dava] espaço para acessar conteúdos e expressões que não aparecem em outros espaços” (id., p.814).

Dos trabalhos realizados no CECCO “Portal das Artes”, Martins, Silva e Sei (2010), relatam as experiências relacionadas à música e ressaltam a influência territorial e epidemiológica sobre o planejamento da oferta. Este CECCO se localiza num contexto de violência e tráfico de drogas, além do fato de que grande parte de sua população adscrita apresentar doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Por isso, esta instituição apostou em ofertas para a promoção de saúde por intermédio de ações na esfera cultural e, conseqüentemente, com a música. Merece destaque que a equipe da referida instituição contou com a presença de um profissional de nível superior em música, que desenvolveu as seguintes oficinas: Oficina de Violão, Oficina de Cavaquinho e Vivências Musicais (MARTINS et al., 2010).

As duas primeiras oficinas (Violão e Cavaquinho) tinham como ênfase a atuação na aprendizagem instrumental, enquanto que na última (Vivências Musicais) havia uma abordagem mais abrangente, em que a música seria compreendida como sonoridade presente em todo e qualquer material: instrumentos musicais, aparelhos reprodutores de fonograma, elementos da natureza e até mesmo o corpo humano. Os participantes eram pessoas da comunidade de várias faixas etárias, que chegavam até lá tanto por meio de encaminhamentos de serviços de saúde quanto por busca espontânea. Para os autores, a música seria um excelente elemento facilitador na promoção de convivência e saúde, pela qual

Oferta-se uma atividade capaz de aglutinar pessoas de diferentes faixas etárias, com potenciais diversos participando de uma mesma proposta a partir de sua condição individual, em um posicionamento de respeito à singularidade. Entende-se, então que, a Música, em consonância com os objetivos de um centro de convivência configura-se como um espaço para se promover cultura, troca de experiências, exercício da relação humana, com o despertar de sensações as mais diversas. Neste contexto, a Música não é o fim, mas um meio para a saúde coletiva (id., p. 970 e 971).

Machado (2010) apresenta uma proposta de trabalho que aborda a questão da intersetorialidade, da instituição e da grupalidade. Em seu texto, o autor indagou sobre os efeitos clínicos que o dispositivo ‘Oficina de Música’, desenvolvido no CAPS “Rubens

Corrêa” no Rio de Janeiro, poderia produzir. Machado investigou o modo como a oficina funciona em seus aspectos grupais e intrainstitucionais, como a ação terapêutica e o espaço de apropriação coletiva e de criação; a dinâmica grupal e a função do coordenador. Além desses aspectos, a relação intersetorial da oficina com serviços relacionados à educação e cultura também foi apontada.

Sobre os aspectos institucionais, o papel do coordenador pautou-se na estratégia de descentralizar a função de cuidador. Como não era uma oficina propriamente terapêutica, deveria-se então formular meios para a criação, por parte do grupo, de uma rede de cuidados entre si e para si, incitando a circulação do papel do cuidador dentro do grupo, proporcionando assim novas relações e formas de cuidar:

A proposta é fazer da arte (música) instrumento na criação de novas formas de relação, dando passagem para outros meios de experimentação da realidade. (...) A partir dos analisadores, aos quais o dispositivo pretende se manter aberto e atento, como por exemplo, o repertório escolhido, pode-se junto ao grupo, operar deslocamentos no universo simbólico ao qual as músicas estão conectadas, para que os usuários possam experimentar os afetos acionados de vários pontos diferentes, como: o da trajetória particular; o das histórias e impressões compartilhadas com os outros usuários, ou mesmo os afetos que ganharam na oficina a via do corpo através do canto, das palmas e da dança. A repetição em algumas escolhas, a dificuldade de se fazer escolhas novas, ou o problema que pode ser abandonar velhas referências, também podem ser problematizadas. A forma ansiosa ou serena de cantar, o respeito ou não pela escolha do outro, enfim a maneira de se conectar ao grupo é sempre possibilidade de material a ser trabalhado no momento do fechamento do grupo (MACHADO, 2010, p.1059).

É perceptível que a forma, a execução e as escolhas musicais dos sujeitos são vistos por Machado como elementos analíticos individuais e grupais, que dizem dos modos de organização subjetiva, mas tenta não afirmá-los no lugar da interpretação identitária. Isso por que Machado entende a oficina como um dispositivo, como proposto por Benevides (1995), caracterizado por suas linhas flexíveis e duras e pela capacidade de irromper o que se encontra bloqueado para a criação. A proposta de oficina de Machado (2010) ocorreria no espaço extramuros do CAPS, de modo a incitar a participação de familiares e da comunidade, além do público e profissionais da unidade de saúde: “A aposta é que a oficina, balizada pelo paradigma Ético-Estético-Político, estabeleça relações com o território, com a vida particular, política, com a arte, enfim, com o plano de imanência, no qual engendram-se as artes, o cuidado, a política, os afetos, a vida” (id., p. 1059 e 1060).

Outra experiência é a da oficina de Expressão sonora do CAPS “Rui de Souza Dias” em Assis/SP⁷⁰, teve vários desdobramentos, contando com diferentes grupos de estagiários. Oliveira e Latenek (2010) relatam sobre a continuidade da oficina, quando esta passou a ser realizada em outro local da cidade, num Ponto de Cultura, o ‘Galpão Cultural’, o que permitiu a inclusão de outros músicos de outros projetos, contribuindo para o enriquecimento do grupo a partir da interação e troca de saberes e afetos. A oficina se dirigiria à improvisação sonora e criação coletiva, bem como a exploração aberta de diversos instrumentos musicais, sendo parte de destaque no repertório os ritmos brasileiros. Oliveira e Latenek (2010) afirmam que

a oficina se coloca como ferramenta para o processo de desinstitucionalização e desalienação desses sujeitos, possibilitando sua transição por espaços antes não frequentados. (...) A Oficina de Expressão Sonora apresenta-se como um dispositivo estratégico, pois é um espaço de descobrimento e invenção de sons, ritmos e melodias, além de um lugar de acolhimento, escuta e cuidado. Atua como um agente de promoção de saúde, emancipação e autonomia (id., p.557).

Esta questão da desinstitucionalização dos sujeitos e de inserção em outros espaços da cidade, permite que a intersetorialidade ocorra em vários sentidos. Ora pela intersecção de vários equipamentos diferentes que se unem em uma parceria de trabalho para uma mesma ação, ora na circulação dos sujeitos por espaços que vão além do circuito da Saúde Mental, ora na imprevisibilidade dos efeitos da oficina, que, mesmo quando tem o objetivo de se fazer uma prática sociabilizadora, pode produzir efeitos terapêuticos, estéticos e até mesmo pedagógicos.

C) *Oficinas com vibração pedagógica*

Se uma oficina musical de um serviço de saúde mental fosse coordenada, desde o princípio, por educadores musicais e que tivesse a intenção de ser uma prática de ensino-aprendizagem e de recreação neste espaço; nela existiria a dimensão clínica e terapêutica, a partir dos efeitos produzidos? O projeto de extensão “Promoção da Saúde Mental: música e inclusão social no CAPS de Castro – PR”, do curso de licenciatura em Música da Universidade Estadual de Ponta Grossa, (LEANDRO et.al., 2010), possibilitou que estudantes de graduação em música ministrassem algumas oficinas musicais no CAPS, a saber: canto em grupo; musicalização através da flauta doce e jogos musicais (id.). Cada oferta de oficina foi planejada e oferecida de acordo com alguns sentidos atribuídos às práticas: *o canto*, por seu

⁷⁰ Este estágio integra o Projeto de Extensão Universitária “Atenção Psicossocial na Saúde Coletiva”, do Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar da mesma universidade, que tem por objetivo contribuir para a implantação e consolidação de ofertas de Atenção Psicossocial, além de refletir sobre as práticas psicológicas no campo da Saúde Mental.

caráter coletivo, promoveria a integração e socialização entre os participantes, além do próprio ato de cantar em coro, que seria um dos grandes agentes sonoros coletivos; a *flauta doce*, escolhida em virtude de seu aprendizado inicial ser relativamente fácil, por não requerer grandes esforços de concentração e por ser um instrumento de baixo custo; e, por fim, a *oficina de “jogos musicais”*, cuja proposta seria estimular a criatividade, a coordenação motora, a expressão e o ritmo corporal dos pacientes, melhorando assim sua memória auditiva e a sociabilidade, seja por meio de dinâmicas de grupo, ou mesmo por meio de jogos diversos que envolveriam música (LEANDRO et.al., ver ano).

Estas oficinas, embora tenham sido ofertadas a um coletivo, desenvolveram uma sondagem da vivência musical individual de cada participante do grupo, sendo realizados exercícios de aquecimento vocal, relaxamento, dentre outros. Mesmo sendo planejadas para o público participante do Caps, as coordenadoras das oficinas não deixavam, no decorrer das atividades, de zelar pela qualidade da execução musical/instrumental de seu grupo, embasada numa perspectiva clássica ou tradicionalista de produção musical. Nesta conjuntura, se associava a evolução no aspecto musical a uma suposta ‘melhora psíquica’. A oficina, portanto, deslizava entre desdobramentos pedagógicos e terapêuticos; os participantes são chamados de “pacientes”, não de “alunos de música”, por outro lado, as oficinas deixam claro suas expectativas pedagógicas em relação ao aprendizado musical.

Há também um pressuposto de que a música em si ou a oferta dela colaboraria com a promoção de saúde mental e inclusão social. As autoras defendem a aprendizagem da música como ferramenta política para o “exercício de cidadania” dos usuários do CAPS que sofreriam de vários tipos de exclusão. A oficina, para as universitárias-oficineiras, representava da mesma forma, uma oportunidade de aprendizagem: sobre a história das políticas públicas de saúde mental e a forma de trabalho nessas políticas.

Neste relato, percebemos que alguns efeitos das práticas mais abertas às demandas dos sujeitos se deram no próprio acontecimento das oficinas. A abertura propiciou a acolhida das demandas dos participantes e a troca social entre eles, como foi o caso da oficina de “Jogos Musicais”, que, por meio da inclusão da dimensão do corpo, possibilitou aos usuários se apropriarem da atividade como momento de “lazer” e à instituição como ação de “humanização” (id., p.62). Esta experiência remete à oficina de música do CAPS Lima Barreto no Rio de Janeiro (CIAVATTA, 2010), na qual se visava um fazer musical prazeroso que unisse corpo e som, no processo de “ensino-aprendizagem” da oficina (CIAVATTA, 2010, p. 877), fazendo uso de técnicas de canto e escuta em grupo e buscando vivenciar sensações corporais simultaneamente.

Já a banda de percussão “Doidodum”, que vem de um projeto de extensão junto ao Instituto de Artes da Universidade Federal de Uberlândia, que nasceu na Enfermaria de Psiquiatria do Hospital de Clínicas desta universidade e tinha por objetivo estabelecer laço entre paciente e música durante a internação. Após a alta hospitalar, o paciente era convidado a compor um grupo para apresentações artístico-musicais, sendo que as oficinas aconteceriam no hospital, enquanto que os treinos ocorriam em serviços da comunidade. No momento de internação, em que o sujeito se encontra em intenso sofrimento psíquico, a oferta de instrumentos musicais era introduzida como ferramenta para despertar a curiosidade e a produção de novas relações com o tratamento. Segundo Tullio e Nascimento (2012), fora do contexto hospitalar, os sujeitos que prosseguiram com a atividade puderam aprimorar sua técnica de execução musical, e pelo fato de trabalhar em grupo, fortaleceram as relações interpessoais, efeito este que os autores reconheceram como sendo característica a “clínica antimanicomial” (TULLIO e NASCIMENTO, 2012, p.159). Embora o grupo se autodenomine banda, acreditamos que seu funcionamento possui uma vibração maior para oficina pedagógica, embora esteja inclusa alguma vibração terapêutica na modalidade hospitalar da oficina. Ao mesmo tempo em que o projeto de extensão tentou montar um grupo para apresentações públicas, zelando pelo ensino de música e qualidade sonora, a oferta da oficina possui vibração pedagógica também por proporcionar à universidade um espaço para extensão e aprendizagem aos acadêmicos de música.

A experiência do grupo Drum-Lata demonstrou outra possibilidade de trabalho pedagógico associado à saúde mental. Utilizando de materiais reciclados para construir seus instrumentos musicais, a oferta desse grupo para os jovens visou desenvolver a consciência ambiental e o conteúdo musical. A oferta se deu dentro de um projeto – Música nas Escolas – no Rio de Janeiro, em que possui aulas, apresentações e outras atividades. O que há de novo nesse projeto, contudo, é que os monitores do Drum-Lata dão aulas ao público infanto-juvenil em sofrimento psíquico de um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil), revelando bons resultados para as crianças com dificuldades motoras⁷¹.

D) Oficinas com vibração estética

Já é perceptível que as oficinas na prática são muito híbridas, seus alcances são múltiplos, seus efeitos de existencialização não são mensuráveis e geralmente, não obedecem

⁷¹ Dados disponíveis em: <<http://www.conexaoaluno.rj.gov.br/especial.asp?EditeCodigoDaPagina=280>>. Acesso em agosto de 2013.

a uma classificação única de seus desdobramentos. As Oficinas de Expressão Sonora⁷² relatadas por Frei (2003; 2010; 2012), por exemplo, passaram por várias dimensões, inclusive, da estética em seu desenrolar. A primeira experiência consistiu numa oferta a usuários do CAPS II de Assis, em 2003 e que acabou por influenciar a concepção de oficina de música que seria reformulada e reeditada em outras instituições, a partir de 2004 no município de Maracá/SP e em 2008 no CAPS II Cidade Ademar em São Paulo/SP.

Frei (2012) chamou a atenção para algumas armadilhas nas quais as práticas musicais no contexto da Atenção Psicossocial podem cair. Uma das armadilhas é a da produção hegemônica das ações em saúde, que diz respeito à negação do potencial produtivo das alucinações auditivas e dos delírios, medicando e combatendo estes sintomas, ao invés de dar-lhes ouvidos como elaboração psíquica passível de simbolização. Outra armadilha é a da produção hegemônica de música, de se ater somente a um viés de reprodução da indústria cultural, seja em técnicas de relaxamento, ou na montagem de uma banda de covers ou karaokê, deixando de explorar a riqueza dos movimentos vanguardistas e de outros movimentos artísticos que potencializam a criação por parte do sujeito que alucina ou delira. É importante levar em consideração o universo cultural do paciente, seu conhecimento e sua disposição em aprender e criar ou, em outras palavras, qual seria a “trilha sonora” de sua vida e qual “reverberação sonora, estética e subjetiva” (FREI et. al., 2010) seria produzida nos sujeitos atendidos.

A oficina do CAPS II Cidade Ademar se valeu do treino para percepção das realidades sonoras, exercícios de postura corporal, relaxamento, composição, dentre outros. É um trabalho que enfrentou vários desafios, como o problema da infraestrutura, gravações e disponibilização de arquivos, “bem como o estigma da qualidade estética da produção dos materiais realizados em uma oficina com pessoas constituídas ou não por psicoses” (FREI et. al., 2010, p. 555 e 556).

⁷² Primeiramente no CAPS de Assis/SP (CIAPS Ruy Souza Dias), a partir do estágio oferecido pelo professor Silvio Yasui, também autor participante deste livro; e em parceria com Pedro Ivo Yahn de Freitas e Fernando Martinez Toledo; posteriormente reeditada no CAPS de Maracá/SP no programa de Aprimoramento Profissional em Saúde Mental, e por fim, ativada em um CAPS II na zona sul de São Paulo/SP, em parceria com Renata Monteiro Buelau. Frei (2010; 2012) relata sobre a “Oficina de Expressão Sonora” realizada em diferentes instituições e a partir de várias parcerias. Apresentada em formato de mini-curso no II Congresso Brasileiro de Saúde Mental, relatos dessa oficina foram reproduzidos em diversos outros congressos de relevância nacional. Sua primeira edição, no formato de comunicação oral, recebeu prêmio de 4º melhor relato de experiência no Congresso Brasileiro de Medicina e Saúde da Família, em Florianópolis, 2009, na categoria “Terapêuticas em Saúde Mental” (FREI, BUELAU, FREITAS e TOLEDO, 2010, p.555 dos anais do II CBSM). Nos anais do II Congresso Brasileiro de Saúde Mental, o resumo intitulado “Oficina de Expressão Sonora - Busca de terapêuticas na clínica das psicoses para leitura de alucinações, delírios e realidades sonoras” (FREI et. al., 2010, p.555) relata essa experiência iniciada em 2003.

No desenvolvimento de suas pesquisas e experiências com música Frei modificou seu foco para o estudo da paisagem sonora, conceito do musicólogo Murray Schafer (apud. FREI, 2012, p.148), que diz respeito a composição do ambiente do universo sonoplástico, ou seja, daquilo que se presentificaria sonoramente no cotidiano.

O conceito de paisagem sonora, que faz parte do corpo teórico da musicoterapia, também tem sido amplamente explorado por atividades musicais que extrapolam o campo musicoterápico. A paisagem sonora de Schafer (2001) se constituiria por um conjunto de sons e ruídos naturais ou não naturais presentes em determinado ambiente. Os efeitos da paisagem sonora, seja benéficos ou nocivos, por sua vez, compõem o que Schafer denominou de “ecologia sonora” ou acústica, que, em seu livro “A afinação do mundo” apareceria definida como “o estudo dos efeitos do ambiente acústico, ou paisagem sonora, sobre as respostas físicas ou características comportamentais das criaturas que nele vivem” (SCHAFER, 2001, p.364).

Schafer (2001) afirma ainda que onde há vida, não há silêncio: pode haver quietude, mas não existe a completa ausência de som, o próprio corpo humano produz um som audível pelo indivíduo. Desse modo, haveria sempre recepção ou ação sobre o meio sonoro, o que ampliaria a definição de música para o desenvolvimento da compreensão da paisagem sonora. Entretanto, segundo o autor, os ouvidos anatomicamente abertos e sem filtros, são sempre receptivos a qualquer som da paisagem sonora, sendo invadidos a todo o momento captando “todos os sons do horizonte acústico, em todas as direções” (SCHAFER, 1991, p.67). Sendo assim, nem sempre se teria consciência da paisagem sonora circundante, fazendo-se aquilo que o compositor denominaria de “limpeza de ouvidos” (id.), para se aumentar a amplitude da percepção e escuta consciente dos sons decorrentes do ambiente sonoro.

Na oficina em que Frei (2012) se inspirou nos conceitos schafarianos, um dos objetivos era o de tornar audíveis os sons que comumente passavam despercebidos devido ao excesso de informação sonora do ambiente e à modificação da sensibilidade estética do sujeito para com a música e a escuta (FREI, 2012). A partir de extratos da oficina, o autor traz cenas em que a paisagem sonora passaria a ser ouvida como compositora, tanto das músicas quanto da escuta e da subjetividade. Além disso, ele propõe um olhar para a clínica das psicoses na prática musical em Saúde Mental, em detrimento da lógica *neurotizante* do espetáculo, defendendo uma ética da arte e suas terapêuticas correlatas, uma arte como alternativa de potência humana.

Ainda em relação a esta mesma oficina de Expressão Sonora no CAPS II de São Paulo Buelau (2012), também coordenadora do projeto, incluiria a questão do corpo na interação

entre a paisagem sonora e a formação de uma comunidade/coletivo. A proposta seria a de demonstrar como alguns exercícios corporais ofertados ao grupo poderiam, desde que respeitado o ritmo, pulsos e limites de cada um, produzir a apropriação da potência vital do corpo (BUELAU, 2012). Esta oficina descrita, portanto, seria bastante complexa em sua modalidade de construção e seu “fazer”: passaria pela terapêutica e pela produção de subjetividade, pelas expressividades artísticas, psíquicas e corporais, tendo por objetivo trazer alguma contribuição para o campo da arte e da estética.

E) Oficinas com vibração transdisciplinar

Houve, no decorrer da década de 80 e 90 no município de São Paulo, experiências artísticas em serviços substitutivos ao modelo manicomial que se construiriam e se estabeleceriam de forma híbrida. Dentre a rede municipal de serviços da área de saúde mental infanto-juvenil, também foi constituído o “Espaço Lúdico Terapêutico” (ELT), vinculado aos projetos de assistência do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, em 1996, cujo objetivo era atender crianças e adolescentes com os chamados “Distúrbios Globais de Desenvolvimento”. Galletti (2001) descreve em sua dissertação uma experiência de oficina musical que ocorreu no referido espaço.

De acordo com Galletti (2001) a criação da oficina de música no ELT teria sido possível a partir de dois vetores principais: o primeiro referente às experiências da Reforma Psiquiátrica, e o segundo diz respeito à demanda de comunicação dos usuários. O primeiro vetor faz referência à condução das “experimentações mais abertas” no campo da clínica decorrentes do movimento da reforma psiquiátrica, o que contaria com ‘abordagens extra-terapêuticas’ relacionadas ao processo de desinstitucionalização (GALLETTI, 2001, p.92). A instituição se colocaria então como um espaço ‘diferenciante’, ou seja, um espaço “onde se vai para sair outro” (id., p.93). Quanto ao segundo vetor, Galletti (2001) construiu um relato de caso sobre um adolescente inserido na instituição que apresentaria a música como única forma possível de contato.

A música era entendida pelos terapeutas como possibilidade de constituir novos territórios existenciais, e, por isso, eles apostariam na construção de um setting sonoro com o intuito de penetrar o “universo musical do garoto” (id., p.93), a partir da sensibilidade e habilidades musicais dos próprios profissionais e integrantes do grupo. Ao introduzir a música num processo terapêutico, porém, os profissionais notariam que esta tentativa não seria suficiente para criar esses territórios. Seria então preciso inventar um espaço em que a música fosse elo de referência e comunicação, o que requereria um “ouvido estrangeiro” capaz de

escutar o que já passava despercebido pelos “ouvidos” instituídos (id., p.94). Para tanto, duas musicistas teriam sido convidadas a trabalhar junto a uma terapeuta do ELT e a estagiários de Terapia Ocupacional da USP, desenvolvendo assim um projeto de oficina de música. As musicistas apresentaram a oferta de “laboratórios de musicalização” para o público infanto-juvenil, em consonância à demanda das terapeutas por uma “escuta das sonoridades da infância” que não perpassasse pela “escuta imperiosa do sofrimento psíquico” (id., p.95, aspas nossas). Além da própria atividade proporcionar a reconfiguração dos sujeitos em seu novo papel de “aprendizes de música”, o terapeuta adquiriria também uma nova função: acompanhar o movimento grupal na descoberta de seus ritmos, temporalidades, sonoridades, improviso e sintonia com a arte musical. O adolescente do caso citado, ainda assim, permaneceria distante e em seu silêncio verbal, entretanto já começaria a tocar cítara nos encontros. Uma das musicistas do grupo, em certo momento, sugeriu uma atividade em que os demais integrantes conversariam com o ‘garoto da cítara’ por meio de seus instrumentos musicais, e não verbalmente (id.).

A construção de repertório, as gravações instrumentais e de sons inusitados de objetos e do ambiente, a composição de uma orquestra e a influência da oficina na aproximação dos terapeutas com o campo da música contemporânea foram algumas características dessa experiência. Tais características rompiam com a ideia unívoca de comunicação pela harmonia sonora, revelando assim jogos corporais como expressão de traços da cultura musical e não apenas agitação motora: “tanto o território da música foi desterritorializado pela clínica como a clínica foi totalmente desterritorializada a partir dos sentidos musicais” (id., p.98). A evolução do grupo seria demonstrada tanto musicalmente quanto na organização do grupo:

Os ruídos da escuta terapêutica foram aos poucos desaparecendo e no seu lugar foram emergindo sons de tambores, atabaques, teclados e violões. A partir de certo momento, os encaminhamentos passaram a ser feitos pelos próprios participantes do grupo. Nesse sentido, a via de entrada para a oficina pode tanto ser um convite feito pelos profissionais-oficineiros, como de qualquer outro integrante-aprendiz do grupo. (...) A oficina exerce assim uma “provocação de vida” em todos os participantes, na medida em que produz outros modos de subjetivação como por exemplo paciente/aprendiz de música, terapeuta/oficineiro/aprendiz de música. Penso que isso é desejável nas intervenções-oficinas, pois a partir desses novos modos de subjetivação experimentados é que podemos desertar a subjetividade dominante na saúde mental: doença/doente, terapeutas/terapias (id., p.99).

Após mais de um ano, o grupo migraria para uma escola de música, configurando assim, nova parceira interinstitucional:

A oficina transformou-se, então, em verdadeiros laboratórios musicais. O prédio da clínica da terapia ocupacional foi substituído por uma casa de bairro com escritos bem grandes na frente (...): Oficina de Música. A sala dos encontros não era mais uma sala de atendimento terapêutico com pandeiros surrados guardados juntos a outros materiais, mas um estúdio com piano, teclado, guitarra, bateria, violão, violoncelo, microfone, gravador e amplificador. Essas mudanças foram de grande potência para todos os envolvidos, incluindo aí as crianças e adolescentes, os terapeutas, as musicistas e os pais... se é que aí ainda podíamos manter tais especificidades (id., p.102).

O resgate do coletivo da infância e a vivência da escola de música como espaço vital de aprendizagem foi possível (com sua atmosfera musical, repleta de outras pessoas, músicos, instrumentos, salas de gravação, dentre outros) aos sujeitos como uma experiência diferente daquilo que eles teriam vivido na clínica ou em espaços formais e burocráticos das instituições escolares. A oficina de música, inicialmente configurada com fins terapêuticos seria, por fim, substituída por um grupo com o nome ‘Grupo Sapato e Meia’, o qual teria subvertido de tal modo o trabalho clínico que os até então usuários do ELT cada vez mais teriam se desligado desta instituição. Este movimento deixou implícito um novo sentido em relação à clínica entendida como um modo de subjetivação, regida pelo princípio da criação de uma estética da existência, enquanto toma a vida como referência para a criação ao invés do princípio moral de saudável (ROLNIK, 2000 apud. GALLETTI, 2001).

A partir das músicas ensaiadas pelo referido grupo no decorrer do ano 2000, foi gravado um CD. Durante um mês os integrantes do grupo (inclusive terapeutas, estagiários e musicistas) estiveram envolvidos neste processo, desde a escolha do repertório até a preparação do estúdio, montagem dos instrumentos, vozes em cada canção e a gravação. O grupo já não seria reduzido ao terapêutico: era uma banda de musicalização, em processo de composição artística e de materialização de seu trabalho sonoro. No entanto, mesmo com a aparente evanescência do caráter terapêutico, existiria um caráter clínico nessa prática, tomando a clínica como “campo de dispersão”, do desvio do percurso em direção a modelos universais e aos paradigmas de saúde mental, na potência de ir a seus limites e experienciar o que pode haver além deles (id., p.112). No caso específico, poderia-se afirmar que a oficina transmutou-se de uma prática terapêutica para incluir também a dimensão de “educação” musical, entendendo a educação como atividade que engloba a noção de aprendizagem como uma ação, reflexão e significação realizada pelo sujeito “aprendiz”.

Que funcionamento caberia a essa oficina? Terapêutica em seu início e de educação musical em seu final? E os efeitos de inserção sociocultural e circulação na cidade? E quanto

à produção no campo da estética? Não se poderia reduzir essas práticas mestiças a um campo apenas, pois elas tocam em vários pontos de intersecção que se grudam nessa corda vibrante da *teia*, portanto, é uma oficina que remeteria à transversalidade, uma dimensão em que cabem outras dimensões.

Santos e Fernandes (2010), por exemplo, relataram uma oficina de música em que a função clínica – preventiva e terapêutica – e a de sociabilização são híbridas e difíceis de separar em diferentes vibrações. No entanto, é uma experiência que mostra uma vibração transdisciplinar que dá visibilidade às tecnologias da clínica do CAPS: esta oficina, ao mesmo tempo em que privilegia a música como elemento que favoreceria o vínculo e a interação social, voltando-se para a convivência social e estímulo do protagonismo e da utilização do espaço público como direito de cidadania; também se dirigiria à perspectiva da música como arte provocativa da fala, da discussão acerca das demandas, desejos e necessidades trazidas pelos sujeitos inseridos no serviço, durante o processo de tratamento (id.).

A partir destas delimitações éticas e técnicas pontuadas na experiência de Santos e Fernandes (id.), a oficina de ‘Música & Cultura’, desenvolvida semanalmente no CAPSad e também em espaços extramuros, buscou explorar outros territórios da cidade de acordo com as programações culturais disponíveis. Nesse contexto, cada paciente construiria para si um “projeto terapêutico individual” baseado na estratégia de “redução de danos”⁷³ a partir de suas particularidades e, dentro de tal proposta, o uso dos espaços públicos de cultura, lazer e música seriam colocados como direitos do cidadão. Conforme os autores, “as programações são discutidas com os usuários (...), [as] atividades externas são incluídas no Projeto Terapêutico Individual, afim de que o usuário assuma o compromisso de participar (...) com ou sem a intermediação dos profissionais do CPTT⁷⁴” (SANTOS e FERNANDES, 2010, p.560). Para que isto de fato ocorresse foram consultados e articulados semanalmente contatos interinstitucionais do serviço de saúde com os equipamentos de cultura, lazer e outros. Por meio da parceria com meios de comunicação, as programações culturais disponíveis na cidade eram divulgadas, contando com uma rede de parcerias intersetoriais para além do CAPSad/CPPT para se construir, como Secretarias Estaduais e Municipais, teatros e museus, universidades, escolas dentre outros (id., p. 560 e 561). Segundo Santos e Fernandes (2010), a

⁷³ Segundo a International Harm Reduction Association (Associação Internacional de Redução de Danos), a redução de danos “é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas”. Para mais informações, acesse: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf

⁷⁴ Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos.

proposta mostrou-se eficaz no estabelecimento de vínculo: usuários retornariam ao serviço por ter se implicado em uma nova forma de tratamento não restrita apenas aos muros do CAPSad ou mesmo à problemática das drogas. O enfoque ao sujeito e não a substância química em uso abusivo foi fundamental para o avanço dos pacientes em vários aspectos da vida – autocuidado, estreitamento das relações com os familiares, maior circulação nos espaços da cidade e reconhecimento do direito de frequentar as ofertas públicas de arte, cultura, dentre outros.

Além da transversalidade da prática e da intersectorialidade das ações e entre as instituições, há oficinas de música que ultrapassariam os muros da instituição para se tornar iniciativas artísticas independentes dos serviços de saúde mental. Exemplos desse fenômeno são as bandas musicais e produções artísticas correlatas, que se formariam no contexto da saúde mental, mas já não se reduziriam a este campo e lugar.

1.2. *Corda III: Bandas e grupos, corais e trabalhos solos de música no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira*

No final do século XX, a partir das premissas da RPb, muitas iniciativas artísticas se formariam em instituições de saúde mental e delas sairiam, ou apenas possuiriam uma ligação indireta. Bandas musicais com letras que falam da temática da loucura, do contexto psiquiátrico, (des)institucionalização e medicalização se multiplicariam. Várias delas que realizariam apresentações em todo o Brasil e mesmo em outros países, gravariam CDs. Grupos cujos integrantes são também pacientes de alguma instituição de Saúde Mental Coletiva, que se reuniram a partir deste contexto mas não se reduziram a este campo ou estes estabelecimentos específicos.

Uma das primeiras experiências de formação de grupos musicais que explorariam o tema da saúde mental vem da “Associação Loucos pela Vida”, constituído por usuários, familiares, técnicos e voluntários, o qual teria realizado também a gravação de um CD com canções como “Nas terras do Juquery” e “Loucos pela Vida”, composição de Luizinho Gonzaga, que profetizava “que ‘um dia os muros do Juquery vão cair’” (AMARANTE, 2007, p. 75). Há algumas oficinas que se batizariam com um nome e gravariam suas músicas, como o grupo “Sapato e Meia” (GALLETTI, 2001) ou as oficinas de música e/ou grupos de musicoterapia que compunham CDs, ambas situações já citadas na corda das oficinas.

Todavia, se trata de ações que se identificam a si próprias como bandas ou outras formações musicais, práticas em que oficinairos e participantes as diferenciam das oficinas musicais.

Encontramos também várias experiências de trabalho solo realizadas no decurso de acompanhamentos terapêuticos e outras tecnologias, mas que não se encontram suficientemente descritas, não possuindo dados suficientes para incluí-los neste estudo, como local em que a experiência ocorreria ou mesmo informações sobre como se daria o processo de trabalho com a música.

Dentre esta categoria de grupos, foram identificados: Lokonaboa (Assis/SP), Harmonia Enlouquece (Rio de Janeiro/RJ), Movimento Heterogênese Urbana (Macaé/RJ), Mágicos do Som (Volta Redonda/RJ), Sistema Nervoso Alterado (Rio de Janeiro/RJ), Cancioneiros do IPUB (UFRJ/RJ), “Violeiros do Pínel”, “Os Impacientes” (Juiz de Fora/MG), Coletivo da Música (Campinas/SP), Viajar (Santo André/SP), Trem Tan Tan (Belo Horizonte/MG), Zé do Poço (Belo Horizonte/MG), o Coral Cênico Cidadãos Cantantes (São Paulo/SP), Hip Hop Black Confusion (Porto Alegre/RS) (AMARANTE, 2007).

Encontramos várias produções textuais, audiovisuais e de outras ordens que discorreram sobre algumas destas experiências, no entanto, acreditamos que há grupos que ainda não foram contemplados com estudos, bem como é provável que haja escritos sobre diversas bandas que não foram por nós encontrados e que, por isso, não farão parte desta amostra.

A) *Bandas e grupos*

Mágicos do Som

“A música é terapia
transforma qualquer
tristeza em alegria”.
Música de Mágicos do Som

Um grupo de musicoterapia começaria a acontecer na Casa de Saúde de Volta Redonda/RJ em 1995, com objetivos terapêuticos e sem preocupações com a qualidade estética musical (SIQUEIRA-SILVA, 2007). Tanto que, antes de ingressar ao grupo, o usuário era entrevistado com a ficha musicoterápica, aparato técnico tradicional da musicoterapia, para realizar a anamnese sonoro-musical. A técnica musicoterápica mais utilizada seria a da “re-criação musical, que consistiria num fazer sonoro-musical livre, sem a exigência de estética musical específica” (id., p.40), a partir do canto e da dança.

Este processo se daria na mesma época em que um bloco carnavalesco fora organizado na Casa Saúde de Volta Redonda, em fevereiro de 1996, com profissionais, usuários e familiares do serviço, e desfilaria dentro da clínica, sob o nome de “O sonho está chegando”, nome que sugeria a expectativa de mudança das práticas em Saúde Mental, no início das movimentações pela Reforma Psiquiátrica e desconstrução do manicômio. O CAPS que viria a ser aberto – cujo nome seria “Usina de Sonhos” também remeteria àquela mesma esperança. Em fevereiro de 1996, este bloco, já com um samba composto por eles, desfilaria novamente dentro da clínica, junto com uma banda a qual um dos enfermeiros do serviço era músico e que deu o tom da festa (id.).

Quando o CAPS “Usina de Sonhos” fora aberto, o grupo de musicoterapia estava com desejos heterogêneos pulsando em seu coletivo e a própria instituição estava buscando construir-se e instituir a Reforma Psiquiátrica em Volta Redonda. A ideia de criar um grupo musical no CAPS emergiria de um projeto musicoterápico que já ocorria, como efeito das conexões novas que seriam experimentadas numa nova lógica de atenção em saúde mental, num novo espaço institucional e das relações das pessoas do grupo entre si e com a música. Em 1997, tornaria-se explícito o desejo de formar o grupo musical “Mágicos do Som” durante as sessões de musicoterapia, momento em que os participantes do grupo tocavam e cantavam de forma cada vez mais organizada em termos estéticos e compunham suas próprias músicas. A musicoterapeuta e os proponentes do grupo discutiriam o porquê de se fazer um grupo musical e juntos e escreveriam o seu projeto, afirmando que esta iniciativa

Formou-se pela vontade de mostrar à comunidade o que sabiam fazer musicalmente. (...) Acreditando que uma apresentação esteticamente agradável, com repertório de músicas conhecidas e populares, poderia contribuir para a diminuição do preconceito ao usuário de serviços de saúde mental, expondo uma imagem diferente para as pessoas que desconhecem o que é o potencial artístico do usuário (id., p. 58).

Cada detalhe começaria a ser pensado: objetivos do trabalho, a organização dos ensaios a serem realizados em dias diferentes das sessões musicoterapêuticas, o custo das apresentações e a possibilidade de gerar renda; posteriormente, a sustentação de um grupo aberto a novos participantes e a necessidade de fazer uma seleção dos músicos mais assíduos para participar da gravação do CD. Nos ensaios, o grupo se atentaria para a estética, com vistas a oferecer um produto musical de qualidade que não ficasse aquém do que os participantes pretendiam – eles não queriam ser aplaudidos por comiseração, pelo fato de

serem usuários de saúde mental, mas por reconhecimento da qualidade de seu trabalho como músicos. Nas apresentações, eles se alegravam quando eram elogiados estritamente como músicos, por aqueles não os (re)conhecia como “usuários de saúde mental”. Os “Mágicos do Som” ganhariam espaço cultural na cidade, sendo inclusive alvos de disputa política pela “propriedade do grupo”, sendo preciso que fosse defendido o direito dos participantes do “Mágicos do Som” de serem proprietários de seu grupo (id.).

No decorrer dos anos de trabalho, os Mágicos do Som passariam, cada um individualmente, por crises que lhe ocasionaria intenso sofrimento psíquico. Porém, as crises eram recebidas no grupo como um momento enriquecedor, “tanto pela aceitação do grupo a estas diferenças que brotavam, quanto ao lidar com os conteúdos muitas vezes críticos e desviantes” (id., p.61) que permitiria, por sua vez, reconfigurações importantes para o grupo que só seriam apontadas a partir da própria ação coletiva de lidar com a crise. Em termos de estilo, a música do “Mágicos do Som” aos poucos se permitiria dialogar com a composição contemporânea, mantendo suas harmonias em aberto para novas possibilidades composicionais, dissonâncias e ritmos assimétricos. Já gravaram dois CDs e um videoclipe⁷⁵, e o áudio de uma reportagem do Canal 36 de Volta Redonda sobre a banda, encontra-se disponível na Faixa 02 do Anexo Audível desta dissertação⁷⁶. No discurso reproduzido na reportagem, é notável a posição que o sujeito ocupa nos dizeres dos entrevistados, bastante localizado no mote da cidadania, da inclusão e, por vezes, da adaptação social dos “loucos”, questões muito caras à Atenção Psicossocial. Mas na prática da atividade em si, os “Mágicos do Som” se agenciariam no desejo de criação e na busca coletiva da afirmação da potência de vida, em detrimento da figura de impotente dirigida a usuários de serviços de saúde mental, rompendo com o instituído da doença e loucura. Já que os Mágicos “acreditaram nessa ousadia e construíram coletivamente uma dinâmica de funcionamento, engendrando possibilidades de expansão de territórios existenciais” (id., p.80), seria preciso cuidar para que o discurso defendido na mídia não seja um mero reproduzidor de senso comum sobre a loucura e a música.

⁷⁵ Cf. <<http://www.portalvr.com/sms/index.php/8-noticias-destaque/165-magicos-do-som-lanca-seu-segundo-cd>>.

⁷⁶ O áudio se encontra disponível no vídeo <<http://www.youtube.com/watch?v=-k-6gKaZz8c>>.

Sistema Nervoso Alterado

“Melhor do que choque elétrico
calmante forte e prisão
deem aos nossos pacientes
afeto e compreensão.
Pois já disse lá no início:
Feche as portas do hospício
e abra as do coração!”

*Interpretação do Sistema Nervoso Alterado
da poesia de Manoel Monteiro (Poeta Popular)*

O “Sistema Nervoso Alterado” do Espaço Aberto ao Tempo (EAT), juntamente com o coral “Musicalidade Brincante”, constituem os grupos musicais do Instituto Municipal Nise da Silveira no Rio de Janeiro e que realiza várias apresentações pelo Brasil. Já existia antes um espetáculo criado por Lula Wanderley, intitulado “camisas de forças sociais”, em que os usuários desfilariam com camisas de força estilizadas como forma de crítica àquele modelo social de abordagem da loucura (SIQUEIRA-SILVA, 2012, p.68). No entanto, o desfile não contava com acompanhamento musical e foi a partir disso que surgiu a necessidade de se criar um grupo para este fim. Havia também no EAT um grupo de ações poéticas, que se juntou ao “Sistema Nervoso Alterado” formando o Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado, incorporando à atividade musical e audiovisual à performance e o teatro, inspirados no grupo que existia antes, chamado “O prazer é todo meu”, pelos idos de 1994 (id.).

Em 2000, o Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado foi criado junto ao Espaço Aberto ao Tempo (EAT), que por sua vez existiria desde 1988, e seria um dos primeiros espaços no Brasil a realizar práticas consideradas de criação artística em saúde mental em seu sentido ampliado. Este grupo de espetáculo, composto por pacientes, técnicos de saúde e membros da comunidade manteria constantemente o diálogo com as demais oficinas realizadas deste local (WANDERLEY, 2011).

Apesar da definição apresentada por Wanderley (2011) de que tal grupo seria considerado ‘de espetáculo’, de um modo mais geral seriam intitulados como “grupo musical”, em que se

incorpora em seus espetáculos as linguagens da música/performance/dança/audiovisual e tem como principal objetivo reativar uma cultura da não exclusão, ao dar ênfase ao cotidiano construído dentro de um contexto social mais amplo, recorrendo às expressões criativas mais espetaculares (música, performance, dança) como instrumento mediador na relação entre aqueles com problemas de adaptação social e os que vivem em contato com eles. Dessa maneira, nos colocamos como instrumento de uma psiquiatria contemporânea que vem transformando, em curto espaço de tempo, o imaginário social da exclusão (id., p.200).

Wanderley (2011) afirma que a singularidade da referida proposta se deve ao fato de incluir uma diversidade de pessoas que participariam do processo de criação: clientes, familiares, vizinhos, técnicos do EAT, dentre outros. Para o autor o processo de criação diria respeito a “um vetor existencial que mobiliza todos os integrantes do grupo, independente de seus saberes, formações técnicas e histórias de vida” (id., p.200). Nesta perspectiva, Wanderley (2011) defende a proposta de um trabalho que não repercutiria simplesmente no campo da assistência em saúde mental ou mesmo na proposta inicial de oficinas de criação, mas de um processo mais amplo que se constituiria à medida que fossem promovidas apresentações em centros culturais, escolas e teatros, permitindo assim aos envolvidos produzir uma atividade relevante que se materializasse a partir do “trabalho coletivo apresentado à sociedade em forma de espetáculo” (id., p. 200).

Mostramos alguns pontos do itinerário de apresentações do Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado: se apresentou nos três primeiros Encontros de Arte & Saúde Mental, respectivamente, o ocorrido no Teatro Noel Rosa do Centro Cultural da Universidade Estadual do Rio de Janeiro em 2006; na Fundação Oswaldo Cruz em 2008 e no Anfiteatro do Campus Dom Bosco da Universidade Federal de São João del Rei em 2009 - nesta cidade se apresentariam também no Teatro Municipal com a Operacordel – Corações em Desatino (id., p. 199). Na atividade grupal do Sistema Nervoso Alterado, há valorização da criatividade, de tal modo que o repertório seria composto prioritariamente por músicas próprias e antes dos ensaios semanais, haveria encontros musicais livres e abertos (SIQUEIRA-SILVA, 2012). O Sistema Nervoso Alterado já recebeu o prêmio “Loucos pela Diversidade” do Ministério da Cultura (SIQUEIRA-SILVA et. al., 2011), importante prêmio em que o Estado articula saúde à cultura. Podemos ouvir um trecho do áudio da participação deste grupo no programa Atitude do canal TV Brasil, que se encontra na Faixa 03 do Anexo Audível⁷⁷.

⁷⁷ Áudio extraído do vídeo disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=UT4b5NzUG5M>>.

Cancioneiros do IPUB

“Eu penso que é de mim
eu penso que é pra mim...”
Música dos Cancioneiros do IPUB

Um dos efeitos do trabalho musicoterápico no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ) teve data histórica para acontecer: no 18 de maio 1996, dia nacional da Luta Antimanicomial, surgiu este relevante grupo musical no contexto da saúde mental o “Cancioneiros do IPUB”⁷⁸ (SIQUEIRA-SILVA, 2012), conforme já apresentado na Corda I, referente à Musicoterapia. Uma de suas canções está na Faixa 04 do Anexo Audível⁷⁹.

Este trabalho, que começaria como atividade terapêutica nos serviços de saúde mental, seguiu para outros espaços posteriormente, passando a se preocupar também com o aspecto estético e artístico. Ao ser oferecida uma atividade em que se ouvia a voz do usuário, tal oferta implicaria na amplificação de sua voz de modo que a sociedade fosse incitada a reflexão sobre o silenciamento e o enclausuramento histórico pelo qual os sujeitos em sofrimento psíquico foram submetidos (SIQUEIRA-SILVA, 2007).

O pioneirismo do Cancioneiros do IPUB se daria em seu objetivo de reunir

o canto desse povo que, pelo fato de ‘ser louco’ e estar numa instituição psiquiátrica, está à margem da sociedade, estigmatizado por uma visão de exclusão social herdada dos grandes “Hospitais Gerais” franceses, é um canto sofrido, como um pedido de socorro, protesto de uma gente que quer ser ouvida” (VIDAL et. al., 1998 apud. SIQUEIRA-SILVA, 2007, p.107).

A primeira apresentação dos “Cancioneiros do IPUB” teria sido no dia 18 de maio de 1996, dia da Luta Antimanicomial, em um importante evento de Saúde Mental. Nessa apresentação teve-se uma amostra do impacto e sucesso de sua proposta tanto aos pacientes compositores quanto à plateia. Com uma trajetória de 15 anos (de 1996 e 2011), os ‘Cancioneiros do IPUB’ produziram “crises, conquistas, ganhos e perdas, produção de CDs [e Songbook, em 1998], artigos, estudos, entrevistas (jornais e TVs)” , trabalho que repercutiria em resultados que “transcendem as esferas hospitalares movendo-se para a educação, a cultura e o ‘shows bussines’, guardando as nossas proporções” (VIDAL, 2011, p.194).

⁷⁸ Para assistir ao grupo, acesse <<http://www.youtube.com/watch?v=KzUi48nv6ic>>.

⁷⁹ Áudio extraído do vídeo disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=vGdstocwixs>>.

No decorrer de sua história, o referido grupo participaria de diversos eventos, sendo que, nos últimos anos, alguns de relativa notoriedade, dentre eles: o “Loucos por Música” no Canecão (2008/2009) no Rio de Janeiro; uma apresentação no Teatro Castro Alves em Salvador – BA (2008); atuações em eventos da “Luta Antimanicomial”; participação na novela “Caminho das Índias” da Rede Globo (2009); assim como a ida a Seminários de Arte e Cultura (2010), alguns promovidos pelo Fórum de Ciência e Cultura da UFRJ, e outros pelo Espaço Artaud, Semana da Ciência e Tecnologia (2010) no Inmetro.

Conforme Vandr  Vidal, antes dos Cancioneiros, haveria apenas artistas isolados que se reuniam para tocar esporadicamente, entretanto não carregariam consigo uma ideia de grupo em evidência, ou até mesmo de ‘show de pacientes compositores’. Dessa maneira:

a importância dada a essas atividades musicais não era menor, mas, sim, havia dificuldade de fazê-las e de se encontrar tais registros. Hoje a ideia da necessidade de se montar uma estrutura de palco e som para receber as bandas   pensada e contamos com as facilidades das novas m dias que fazem, até mesmo instantaneamente, a divulga o na grande rede (VIDAL, 2011, p.194 e 195).

Os Cancioneiros não inaugurariam apenas uma nova modalidade de prática na saúde mental, mas torna audível certa *vibra o harmônica* – ou seja, do som de duas cordas que são tocadas juntas – e que servirá de inspira o para diversas outras práticas. Esta vibra o harmônica diz respeito   reverbera o da musicoterapia nos grupos musicais constituídos no contexto da saúde mental no Rio de Janeiro.

Desde o surgimento dos Cancioneiros, alguns musicoterapeutas e músicos passariam a se aventurar com trabalhos musicais com usuários de serviços de saúde mental que repercutiriam nas m dias e mobilizariam “poderes instituídos e interesses que antes a musicoterapia não agenciava” (SIQUEIRA-SILVA, 2007, p.89).

Lokonaboa

“Mas o problema vem
e eu procuro o que me contém
(...) Valeu psi, valeu
eu ainda estou aqui
que tratamento
recebi de ti
e das pessoas
que eu nunca vi?”
Lokonaboa, Comprimido.

Da oficina à constituição da banda *Lokonaboa*, desenhou-se um longo percurso que os então usuários do Caps percorreriam em direção aos espaços da cidade de Assis-SP e à outras formas de habitar o social. Iniciada no ano de 1998, esta ação faz parte do Projeto de Extensão Universitária “Atenção Psicossocial na Saúde Coletiva” do curso de Psicologia da UNESP – FCL de Assis e conta com alguns estagiários (DENZIM et al., 2009).

Inicialmente, a oficina consistiria no canto em roda de músicas de uma pasta, o que se repetiu por um período. Paulatinamente, foram introduzidos novos instrumentos musicais, tecnologias, ideias e a necessidade de abertura à livre expressão. A atividade em desenvolvimento se estabeleceu como grupo musical com os participantes da oficina, estagiários e, eventualmente, músicos da cidade. Alguns músicos do grupo começaram a se destacar e a atividade passou a se estruturar para outro caminho, separando-a em duas ações – a banda e a oficina. Os integrantes em reunião decidiram pelo nome Lokonaboa, produzindo camisetas para identificá-los como músicos e enquanto banda (PROVIDELLO, 2011).

A banda passou por diferentes movimentos em sua história. Ensaios e apresentações como *covers* de sucessos marcantes no repertório popular e/ou acadêmico e, posteriormente, com o aparecimento da necessidade de expressão livre e criação, seria preciso lidar com os novos acontecimentos na dinâmica da atividade e para além dela. Apresentações com cobrança de cachê e como trabalhar com o dinheiro, a mudança de local da atividade – do CAPS para o Galpão Cultural, um Ponto de Cultura do município de Assis (SP) e sede da PIRASSIS (Associação de Usuários, Familiares e Amigos da Saúde Mental de Assis) –, o conflito entre a qualidade musical do que se estava sendo apresentado ao público e a vontade de alguns músicos de apenas tocar por diversão, a composição de músicas⁸⁰ e a necessidade de saber “musicar” letras de música, a participação em eventos e suas viagens e apresentações, a sustentação de outro lugar no mundo que não o da loucura, ou mesmo, de usuário da saúde mental (id.) – foram relatados como conflitivas e conquistas da banda. Do

⁸⁰As músicas “Psicologia” e “Comprimido” estão disponíveis respectivamente em <http://www.youtube.com/watch?v=k9UXe9rJYok> e <http://www.youtube.com/watch?v=RfpxLhpQWTI>, sendo que esta última é o áudio extraído desse sítio eletrônico citado.

“sonho de elaborar um repertório próprio, utilizando as letras compostas por um dos usuários da banda (...) nasceram as três músicas originais da banda: *Comprimido*, *Professor* e *Psicologia*” (PROVIDELLO, 2011, p. 83), sendo que encontra-se na Faixa 05 do Anexo Audível a canção “Comprimido”.

Nos diferentes processos constitutivos do grupo, ampliou-se de maneira significativa as concepções a respeito de divulgação, prática e produção musical, além de seu próprio modo de funcionamento enquanto coletivo (PROVIDELLO; YASUI, 2009; PROVIDELLO, 2011; PROVIDELLO e YASUI, 2011). Como pudemos ver, a banda Lokonaboa, não se restringiu ao enquadre de oficina terapêutico-expressiva ou de uma atividade vinculada a uma instituição de saúde mental, passando a alcançar outros espaços e a criar dimensões:

O projeto passou a propiciar – além de um espaço de promoção de saúde mental – uma estratégia de inclusão social e cultural, por meio de apresentações em diversos locais do município e da região. Entre suas várias apresentações, a banda viajou, em 2008, à Buenos Aires e se apresentou no *VI Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos*, a convite do coordenador geral da *Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo*, como uma forma de sociabilizar e intercambiar o trabalho (...). Em 2010, viajou também ao Rio de Janeiro, a convite de Paulo Amarante, organizador do II Congresso Brasileiro de Saúde Mental, do qual os integrantes da banda participaram. (...) No período em que o pesquisador esteve envolvido com o projeto se deu a viagem à Argentina, entre outras apresentações em eventos da rede de saúde mental de Assis (Semana da luta anti-manicomial, Conferência Regional de Saúde Mental, festas no próprio CAPS, etc.), apresentações na Faculdade de Ciências e Letras de Assis (Semana da liberdade criativa, Som do meio-dia, etc.) e em outros eventos acadêmicos do estado (Encontro da Luta Anti-manicomial em Bauru, Conferência municipal de saúde mental de São Carlos, etc.), (PROVIDELLO, 2011, p.71).

Harmonia Enlouquece

“Estou vivendo
no mundo do hospital
tomando remédios
de psiquiatria mental
(...) Ai, ai, ai
Que sufoco da vida
sufoco louco
Estou cansado de tanta
levomepromazina”.

Harmonia Enlouquece, Sufoco da Vida

Um dado acerca do processo de pesquisa é que quando se utilizou o nome “Harmonia Enlouquece” na pesquisa no site “Google Acadêmico”, foram encontrados muitos trabalhos que falavam da associação entre música e saúde mental de modo geral, quando se esperava trabalhos sobre a experiência singular daquele grupo pesquisado.

No ano 2000, com a proposta de oficina de um psicólogo especialista em musicoterapia, surgiria o projeto “Convivendo com a Música” no Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro. A ideia inicial seria a de promoção da convivência e do contato social e afetivo, por meio da matéria sonora, do cantar, ouvir e compor (CALICCHIO, 2007). Inserido em um serviço de acolhimento à crise, a atividade causou impacto no *setting* e sujeitos em diferentes graus de sofrimento psíquico se reuniram ali. Já nos primeiros encontros haveria, a partir das queixas dos sujeitos e de seu cotidiano de tratamento, a criação de um mosaico de frases para composição de músicas. De um desses mosaicos, foi composta a música “Sufoco da Vida”, bastante conhecida pelos militantes da Luta Antimanicomial⁸¹, conforme se pode ouvir no Anexo Audível, na Faixa 06⁸². Os profissionais do serviço se aproximaram mais da atividade pela afinidade com a música e por perceberem que havia a possibilidade de fazer música em grupo a qualquer sujeito que participasse (id.).

Diante da riqueza da produção musical e talento de alguns participantes, o coordenador do grupo sentiu a necessidade de reorganizar a oficina: “a sensibilidade, o interesse e a habilidade profissional aliados à flexibilidade do dispositivo ‘oficina’ foram fundamentais para a ‘reinvenção’ da proposta original” (id., p. 108), dividindo em dois grupos – o “grupo de musicoterapia” e o “grupo de fazer música”. O “grupo de musicoterapia” era a continuação do “Convivendo com a Música”, enquanto que o “grupo de fazer música” seria o embrião do que viria se tornar a banda “Harmonia Enlouquece”. Este grupo “dissidente”

⁸¹ Cf. ANEXO AUDÍVEL. A banda possui uma página na internet com a discografia para ouvir online: http://www.harmoniaenlouquece.com.br/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=7&Itemid=7.

⁸² Áudio extraído do vídeo que se encontra em <http://www.youtube.com/watch?v=ioND0cHD7I8>.

passaria a se reunir duas vezes por semana no auditório, sempre com as portas abertas: um “aparente detalhe” que “passa a produzir na dinâmica institucional, no sentido de atrair e acolher as pessoas (usuários, familiares, técnicos, visitantes, etc) e facilitar as trocas interpessoais” (id., p.109).

Surgiram convites para apresentação externa do grupo, para os quais o grupo preparava aquilo que Calichio (2007) denominou de “ensaios terapêuticos” e “oficinas itinerantes”. Eventos de maior porte passariam a convidar a banda, fazendo com que “o que havia inicialmente em termos de prescrição terapêutica (...) ficar cada vez mais diluído no processo de *invenção* de novas formas de relação com a música, consigo e entre si” (id., p.112).

No entanto, conforme apontamentos de Squizzato Junior e Rumim (2013), questões relacionadas ao tratamento, à subjetividade e a instituição de saúde mental se presentificavam no grupo, como a vivência da ambivalência dos vínculos afetivos em todas as suas conflitivas e os processos subjetivos e cotidianos dos integrantes do grupo, a articulação da banda com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica brasileira, temas que apareceriam nas letras de suas composições.

A visibilidade que o grupo ganhou cresceria substancialmente com a aparição da banda em uma telenovela de ampla divulgação nacional⁸³ (SIQUEIRA-SILVA, MORAES e NUNES, 2011). Cada vez mais o lugar de paciente e de prática terapêutica daria lugar ao artista, ao músico e a uma função na cultura, o que é pertinente a RPb, de “deslocamento do lugar de louco para o de músico” (SIQUEIRA-SILVA, 2007, p.11). Nesse movimento, ganharia relevância a geração de renda e o investimento financeiro, como ratificadores do valor do trabalho artístico e garantia da qualidade do trabalho da banda: instrumentos musicais, aparelhagens e outros materiais “imprescindíveis a um bom show” (SIQUEIRA-SILVA et. al., 2011, id., p.103). O zelo pela qualidade não seria só pela estética em si

Se o grupo se apresentar de modo precário isso pode reforçar estigmas conectados a incapacidade e a inadequação. Mas o que leva ou levou ao precário apoio institucional? (...) observamos neste relato a insatisfação pelas dificuldades na aquisição de instrumentos musicais:

– O cara não tem nada e de repente pode comprar um ar condicionado, uma bolsa de compras. Ele é mais bem tratado pela família. Faz uma diferença enorme poder ter dinheiro. Ser reconhecido como pessoa capaz, porque esta imagem negativa dos transtornos mentais ainda persiste. (...) fizemos CD com ajuda do CPRJ, pequenos cachês, nem todas as apresentações tem cachê. E conseguimos estúdio de graça. Faz-se cópias do primeiro CD até hoje. (...) Não tem como cobrar cachê, mas isto não é o que viabiliza a

⁸³ Novela de Glória Peres exibida pelo canal Rede Globo, intitulada “Caminho das Índias”; no ano de 2009.

apresentação. Pedem-se condução, lanche, estadia, passagens (Sidney Dantas, diretor musical do Harmonia Enlouquece, entrevista em 19.11.2009 em SIQUEIRA-SILVA et. al., 2011, id., p.103).

Prosseguindo nesse dar corpo e voz aos “delírios musicais” e “tornando públicas as suas criações”⁸⁴, o Harmonia Enlouquece canta, toca, grava e compõe sua música e suas histórias, fazendo apresentações em várias partes do Brasil. Sabemos que

O futuro desta experiência, como de tantas outras propostas inovadoras no campo da saúde mental é bastante incerto. Porém, o percurso e processo que esses sujeitos, de formas tão diferentes estão vivendo e inventando juntos representa em si uma conquista. Desbravar espaços, “romper barreiras” e territórios desconhecidos, “trocar identidades” e papéis; construir relações e uma história significativa juntos são alguns aspectos que foram evidenciados nesta experiência, e que talvez possam servir de inspiração, pela forma com que vêm inventando e enunciando “sem medos e amarras” a loucura e seu universo (CALICCHIO, 2007, p.138).

Coletivo da Música

A experiência do grupo musical “Coletivo da Música”, de Campinas/SP, dividiria espaço com outros grupos, como por exemplo, o grupo “Esperança na Música” do CAPS Esperança dentre outros. É fato que várias atividades de artes plásticas e visuais, movimento, música e teatro são desenvolvidas em diversos serviços deste município, mas, no que tangencia às atividades musicais, percebeu-se que tais atividades estariam sendo realizadas de forma localizada. Porém, a partir de 2008, um grupo de funcionários do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, que outrora havia sido um hospital psiquiátrico, articulava várias iniciativas na tentativa de conceber uma atividade conjunta, para integrar ações e instituições, formando uma atividade musical em rede (CALSANI, SIQUEIRA e SEI, 2010).

A estratégia primeira fora a realização de um Sarau no Centro de Convivência Espaço das Vilas em 2008, em que se apresentaram diversos grupos de música de vários serviços de saúde. Em seguida, foi proposta uma Oficina de Percussão para funcionários e usuários de toda a rede de Saúde Mental de Campinas, que teria como resultado uma bateria e um desfile, pelas ruas do distrito de Sousas, do Bloco “Unidos do Candinho” (CALSANI et. al., 2010). Em 2009, formou-se o “Coletivo da Música”, de modo a articular as ações culturais pertinentes aos equipamentos de Saúde.

O projeto seguiria se apresentando em eventos como o desfile do Bloco “Unidos do Candinho” em 2010; o Fórum dos Centros de Convivência de Campinas em comemoração ao

⁸⁴ Introdução da página eletrônica da banda, em <http://www.harmoniaenlouquece.com.br/>.

dia da Luta Antimanicomial e em outras atividades realizadas na cidade (id.). O Coletivo promoveria diversas atividades como a bateria que compõe o bloco carnavalesco citado, a banda composta por trabalhadores da saúde mental chamada “Feito em Casa”, o programa quinzenal na Rádio Maluco Beleza Online e o grupo de música Retalhos de Cetim, que também se apresenta em outras instituições (SIQUEIRA e LAGO, 2012).

A potencialização de ações de cuidado, a transversalização de saberes, a utilização de um recurso diferente empregado na Saúde, a compreensão de uma clínica ampliada que se faz na praça, na rua, nos locais de encontro das pessoas, a ocupação e criação de espaços coletivos de convivência, inserção social, cultura e cidadania, seriam os efeitos e as metas desta prática musical (CALSANI et. al., 2010). Entretanto os autores assinalam como um desafio recorrente à manutenção do referido grupo musical “uma fonte contínua de fomento à proposta” (id., p.972), que a assegure no que diz respeito aos seus recursos.

Hip Hop Black Confusion

“O mundo lá fora precisa de mim,
o mundo lá fora precisa de ti,
não vamos deixar que calem nossa voz,
o mundo lá fora precisa de nós”
Black Confusion

O Grupo de Hip Hop Black Confusion, de Porto Alegre surgiria no CAPS em uma oficina de Rap criada por um estagiário de ensino médio e, posteriormente, estudante de Terapia Ocupacional⁸⁵. Desenvolvendo uma oficina de criação de Rap a partir dos temas levantados pelo grupo, incluindo o tema da Reforma Psiquiátrica, foi possível abordar temáticas como “violência, opressão, exclusão, empoderamento, consciência crítica, participação política, [que] centralizam o foco não para a cultura de periferia, mas para as políticas de desinstitucionalização” (id.). Como a maioria dos integrantes do grupo são jovens afrodescendentes e moradores das zonas periféricas de Porto Alegre, a questão racial é um tema recorrente das composições. Os participantes do grupo costumam se referir à ele como um coletivo que faz Hip Hop na Saúde Mental, tendo participado de eventos de Hip Hop e de Saúde Mental por todo o Brasil. Na Faixa 07 no Anexo Audível encontra-se uma composição deste grupo⁸⁶.

⁸⁵ O grupo possui uma página eletrônica no sítio eletrônico Orkut -

<<http://www.orkut.com.br/Main#Profile?uid=14358150292845028167>>

⁸⁶ Áudio extraído do endereço eletrônico <<http://www.youtube.com/watch?v=yVjFXMVSRS0>>.

Os Impacientes

“Tô preparando um remédio
pra curar essa sua maluquice
Tô preparando um remédio
pra você me pedir,
eu sei que vai me pedir”.
Os impacientes, Música: Doidão

Não foram encontrados dados sobre a história da banda em artigos ou textos científicos, apenas citações de que a banda existe (AMARANTE, 2007). Porém, encontramos vídeos de apresentações da banda e letras de música em sítios eletrônicos como Youtube e Letras.Mus respectivamente. A banda, que compõe suas canções principalmente no estilo rock, já se apresentou em vários eventos como na Exposição “Produções Sensíveis”⁸⁷, dentre outros. Em vários vídeos do grupo acessíveis gratuitamente na rede mundial de computadores, “Os Impacientes” apresentam a música “Doidão”, em que abordariam a loucura de forma ambígua, dando espaço a outras interpretações: “Quimeras, tu já eras doidão!/ Ele roubou tua loucura!/ Ela transformou sua vida em uma prisão!/ (...) Quimeras tu já eras doidão/ Mas ele roubou sua loucura/ Ela trocou a garupa da sua mocreia veia por um luxuoso avião...”⁸⁸; inclusive, se pode conferir esta música na Faixa 08 do Anexo Audível⁸⁹. O tema do amor seria abordado nas canções “Ainda” e “Já não posso mais”, ao passo que as músicas “Nem Froyd explica” e “Cai na Real” se aproximariam mais de temas relativos à saúde mental, como a convivência e a inserção social. Levando em conta a relevante produção musical em termos qualitativos de composição e performance, pensamos que tal experiência mereceria estudos específicos, não somente como contribuição científica para as práticas musicais no contexto da RPb e para futuras pesquisas no campo, mas como reconhecimento do valor sociocultural que essa experiência representaria para a cidade de Juiz de Fora/MG, referência territorial da banda.

⁸⁷ Sobre notícia do evento, cf. <<http://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=14449>>.

⁸⁸ Disponível em <<http://letras.mus.br/os-impacientes/>>, acesso em agosto de 2013.

⁸⁹ Áudio extraído do endereço eletrônico <<http://www.youtube.com/watch?v=bpN7tojXhaA>>.

Trem Tan-Tan

“O Trem Tan-Tan
já virou realidade
para acabar com os
preconceitos da sociedade
à toque de caixa,
agogô e marcação
o Trem Tan-Tan
é a nossa atração”.

Trem Tan-Tan, Música: Trem Tan-Tan

A banda Trem Tan-Tan de Belo Horizonte/MG, que já possui dez anos de carreira, surgiu por meio da oficina de percussão coordenada pelo socioeducador e músico Babilak Bah, do CECCO de Venda Nova. A oficina produziu um álbum de música experimental, lançado pela Prefeitura de Belo Horizonte e distribuído de maneira independente. A qualidade de execução da percussão e de instrumentos como trompete, cavaquinho e até extintores de incêndio, folhas de raio X e sucatas de lata como instrumento percussivo, constituiriam a proposta singular do “Trem Tan-Tan”, cujo repertório autoral aborda temas acerca do cotidiano do sujeito em sofrimento psíquico (TOMAZ, 2012). O nome do grupo sugere uma provocação: remete tanto ao trem que transportava os “loucos” de Belo Horizonte até o maior manicômio de Minas Gerais em Barbacena, quanto ao fato de que a palavra “Trem” é uma referência territorial, um indicador do local a que pertence este grupo, em que “trem” significa tudo e qualquer coisa e afinal, “Existe coisa mais mineira do que ‘trem’”? (TOMAZ, 2012, p.25). Seu diálogo com a cultura se daria em importantes

Eventos como o Festival da Loucura, em Barbacena, com a participação de Tom Zé, Hermeto Paschoal e Lobão, e o Loucos por Música, em Salvador, mostraram o samba do Trem. Neste último, em agosto de 2007, também estiveram no palco Luciana Mello, Toni Garrido e Margareth Menezes. (...) O show seguinte seria no Rio de Janeiro, para uma apresentação com artistas como Beth Carvalho, Chico César e João Bosco. (...) A banda foi convidada para tocar em Portugal, mas não pôde ir por falta de dinheiro (id., p.25).

Com maior tendência para o samba, o “Trem...” se aventura também em outros estilos e cria novos, como o funk/rap misturado com samba, como é o caso do “Melô do Mandiocão”, que com humor traz certa ambiguidade em sua letra de como fazer uma receita de “Vaca atolada”. Outro resultado das composições do “Trem...”, um baião intitulado “Boi Rombudo”, música essa que pode ser ouvida na Faixa 09 do Anexo Audível dessa dissertação, lista o nome das “vacas imaginárias” de um dos participantes da banda, “mostrando que o Trem é capaz de transformar em músicas as fantasias de seus próprios integrantes” (TOMAZ, 2010, p.27). O antropólogo José Márcio Barros da Pontifícia

Universidade Católica de Minas destaca que “O que o Trem Tan-Tan fez foi reconhecer nessas pessoas a presença de uma racionalidade e de uma subjetividade singulares, não porque são loucas, mas porque não reproduzem concepções estandardizadas de comportamento” (apud. TOMAZ, 2010, p. 27).

B) Corais

Coral Cênico “Cidadãos Cantantes”

Como pudemos verificar no levantamento bibliográfico, esta experiência musical foi muito citada em trabalhos da área de música e saúde mental e sua história foi estudada por diversos autores por ser uma das primeiras experiências da década de 1990, durante o contexto de nascimento e fortalecimento do movimento da Luta Antimanicomial⁹⁰. Sobre o Coral Cênico, Maluf afirma que a manifestação de sua musicalidade

se mostra de forma diversificada: na criação, no arranjo, no jeito de cantar e atuar... desenhando-se com isso um perfil de coro que não busca “igualdades”, antes estimula a diversidade. Talvez aqui resida a diferença deste para outros coros. Não nos interessa a “igualdade”, a padronização na forma e no jeito de cantar, interessa mais o objetivo comum, sendo que para atingir esta composição conjunta cada um disporá de seu instrumento, entendendo-se aqui instrumento, como corpo e voz (MALUF, 1999, p.167).

O Coral Cênico nasceria da parceria entre um serviço de saúde do município de São Paulo e um Centro de Convivência (CECCO), o que atribuiria a esta ação o objetivo de vinculação com a cultura e de desenvolvimento de suas práticas no território, no centro de São Paulo (SILVA, 2012). Cristina Lopes, coordenadora do projeto, esclarece que dentre as oficinas oferecidas nos CECCOS, “as que aglutinavam maior interesse por parte dos usuários eram as que trabalhavam com as linguagens de música e teatro. Foi a partir desta observação que se imaginou a extensão das oficinas do CECCO para além do seu espaço físico, buscando, para tanto, parcerias com outras instituições” (MALUF, 2005, p.51).

Os participantes eram sujeitos em sofrimento psíquico, familiares e pessoas da cidade que simplesmente estariam interessadas em música e teatro. Conforme Maluf (2005) tal oferta consistiria num espaço público de cultura “para abrigar o trabalho que tinha como meta a formação de um grupo que funcionasse como uma espécie de bandeira da Luta

⁹⁰ Além da localização histórica que dá pertinência ao texto em vários sentidos do termo, notou-se que este capítulo aparece citado na bibliografia de diversos artigos e outros tipos de trabalhos que discorrem sobre música e Saúde Mental, dado que foi identificado com base em um levantamento anterior sobre o tema, realizada pela pesquisadora dessa dissertação em parceria de outros autores (CARDOSO et. al., 2009).

Antimanicomial, fundava-se, em 1992, o Coral Cênico da Saúde Mental de São Paulo, que, desde o princípio, ocupou, para seus ensaios, o espaço do Centro Cultural São Paulo” (id., p.51 e 52).

O Coral estreou em 1992 com o nome “Coral Cênico da Saúde Mental de São Paulo”, nome que se atribuiria à sua origem e a causa à qual esta prática está vinculada até hoje (id.). Este nome, mantido até 1999, modificou-se para “Coral Cênico Cidadãos Cantantes” a partir do ano 2000. Com a mudança de nome, o Coral também modificaria seu olhar sobre a atuação do grupo, associando a identidade do grupo a quem dele participaria e a sua heterogeneidade:

Um Coral de gente que canta, gente que é cidadã, e não ‘doente cantante’, ‘louco cantante’ ou ‘idoso cantante’”. (...) O Coral no início tinha essa cara mais marcada pelo ‘público alvo’, caracterizado por um trabalho com um grupo pequeno e pelo nome: Coral Cênico da Saúde Mental. (...) o conceito do antimanicomial é uma questão mais ampla que a questão dos hospícios e da saúde mental, mas o nome do Coral trazia essa contradição de querer ser maior no seu objeto, nas suas metas, mas se estreitando na sua identidade (...). Esse nome leva as pessoas a associarem o trabalho artístico a uma condição de saúde, ao passo que o propósito desse trabalho, é que ele possa estar associado a uma produção artística e cultural ao acesso de todos(...) ‘da saúde mental’, parece que é um Coral para tratar, para a cura, para a musicoterapia, e ele nunca teve esse propósito (LOPES, 2004 apud. MALUF, 2005, p. 61).

Nas apresentações, os participantes desejavam que não fosse possível identificar quem eram os técnicos e quem eram os usuários dos serviços de saúde mental, valorizando a tarefa em detrimento do estigma de prática recreativo-terapêutica de “paciente psiquiátrico”. O Coral, para além da “guerra” contra o hospício e do “protesto” a favor da Luta Antimanicomial, se transformaria em um “protesto literal” no qual seus integrantes falariam daquilo que acreditam em ato, ou seja, produzindo arte em um coletivo heterogêneo e não identificável pelo discurso da identidade de louco/são (MALUF, 2005, p.62 e 63).

O Coral afirmaria como objetivo o acesso a três níveis diferentes: a cultura, a convivência e a saúde. No primeiro aspecto enfatiza a cultura como arte, como possibilidade de fruição e produção estética. No segundo, a convivência como possibilidade de encontro, de sociabilidade, de habitação em espaços públicos. Já no terceiro, teríamos a saúde como exercício da autonomia e da criação, considerando os direitos do cidadão e a prática da “atenção global ao indivíduo” (id., p. 66 e 67).

A produção artística do Coral buscaria aliar entretenimento a compromisso, responsabilidade e disciplina ao desenvolvimento de talentos/autonomia, trabalho em grupo a produção do desejo individual de difundir sua arte. Tais fatores se efetuariam a partir da preocupação dos sujeitos participantes do Coral com a qualidade de seu trabalho, conquanto

que o Coral não se tornasse uma atividade pedagógica com divisões de papéis entre professor e aluno.

O Coral, no decorrer de sua história, se apresentaria em diversas modalidades de locais e eventos, atendendo a convites de diversas instituições, sob a condição de ter transporte e alimentação para os cantores. Eventualmente, foi possível receber algum tipo de pagamento pela apresentação, sobre o qual o grupo discutiria de forma cooperativa a respeito da divisão e do significado desse cachê. No entanto, se no quesito financeiro nem sempre há abundância, “a produção de valores” e sentidos para os sujeitos sobre o Projeto é a mais rica e diversificada possível, variando desde a produção de um modo de se inserir no social – e talvez no próprio funcionamento capitalista – como de construir um lugar à margem:

alguns dos participantes têm o Projeto quase como o único espaço no qual é possível habitar com propriedade, colocar-se tal como se é e ter sua produção apreciada, compartilhada e afirmada. Outros só circulam por espaços circunscritos ao campo da saúde, que podem ser muito potentes para elas, mas que também as enquadram em um lugar já bem determinado e classificado socialmente. Por outro lado poderíamos pensar o estar à margem da sociedade como uma posição de enfrentamento e conflito com as muitas expressões da segmentariedade nela e por ela destiladas, com o modo de organização dominante. Ocupar este lugar permitiria enfrentar formas menos potentes para a vida, que privilegiam as força do capital. (...) Loucos, pessoas em situação de rua, ciganos e outros têm um lugar já delimitado no sistema em que vivemos, embora possam exercer também enfrentamentos essenciais às formações de poder (SILVA, 2012, p. 207).

A possibilidade de permitir ao sujeito produzir seu próprio sentido e de criar novas perspectivas para a atividade e, a partir dela, para sua existência, faria do Projeto deste Coral uma ação maquínica, experimental, que atingiria efeitos terapêuticos e produziria expressividades, sem perder de vista a dimensão política; uma produção de saúde “ligada à potência criativa dos corpos e da vida [...] [e] a vida deve ser ultrapassada em sua dimensão de naturalidade, de organicidade e deve pegar o delírio ao embarcar em sua potência de invenção” (id., 210). Isso, de modo que se produza uma saúdessubjetividade singularizada,

saúde que permita a tudo aquilo que é vivo fabricar e variar conforme os diferentes momentos da vida, que seja a saúde que proporcionaria sustentação aos delírios necessários para viver. Delírios como momentos intensivos, momentos de encontros, momentos de conexão com o mundo, momentos de criação. Esta saúde não visa estabilidades, bem-estar, ausência de doenças, de conflitos, não teme a fragilidade do corpo em sua organicidade, não teme o perecimento do corpo, esta pode ser a saúde necessária para o exercício de resistência contemporâneo. Com prudência, interessa a esta produção de saúde que os corpos possam experimenta-se e estar abertos, [...] para que possam continuar no exercício de estar junto, em comum, em composição, colaborando para a inventividade coletiva. Desta forma, ao buscar esta saúde no Projeto, talvez possamos permanecer

cantantes e dançantes, contagiando os passantes da cidade, bebendo do ambiente da cidade” (id., 210-211).

A partir de um vídeo com um resumo da história do Coral, extraímos o áudio que se encontra na Faixa 10 do Anexo Audível⁹¹.

Grupo Vocal Esperança

Em 2001 foi idealizada na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul uma proposta de coral que não acontecesse dentro das salas de oficina dos CAPS da cidade, para que a oferta fosse aberta à participação de usuários dos CAPS e da comunidade em geral. Depois de planejada a oferta, em abril de 2002, o Núcleo de Extensão e Divulgação do Instituto de Letras e Artes da Universidade Federal de Pelotas aprovaria o projeto do coral, cedendo uma de suas salas de aula para acomodar as atividades do futuro “Coral da saúde mental”, fazendo o convite a usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, para representar toda a cidade (FARIAS, 2010).

Os participantes do coral o batizaram de “Grupo Vocal Esperança”, estabelecendo uma relação desta prática com suas vidas: com o coral, seria possível constituir laços afetivos entre os participantes, convivência social e reposicionamento dos sujeitos em relação ao lugar de discriminação em que se colocaram e foram colocados, por conta das histórias de sofrimento. Farias (2010) relata que o grupo construiu um amplo repertório, pensado dentro das exigências de expressividade daqueles sujeitos e com atividades que visassem o aprimoramento da expressão (vocal, corporal dentre outros) e a dinâmica de interação grupal e com o meio.

Depois de cinco meses, o coral passaria a se apresentar em eventos de Pelotas e outras cidades do sul do Rio Grande do Sul, somando mais de oitenta apresentações. Em 2006, o coral adquiriria instrumentos de percussão e um teclado e, em 2009, gravaria seu primeiro CD em estúdio, sob o título de “Calma sem tempo”. O autor afirma que a música serviu como ferramenta para o tratamento terapêutico e para reinserção social, “seja pelas produções, manifestações ou resgate de suas potencialidades a partir do trabalho grupal” (id., p. 456 e 457).

⁹¹ O vídeo também está disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=awRMsKMJlo>>.

Projeto Loucos em Cantos

A partir da solicitação dos usuários do CAPS de Água Branca/PI de que houvesse atividades de lazer e sociabilização familiar e comunitária em espaços fora do CAPS, foram criadas algumas oficinas que seriam realizadas semanalmente sob a coordenação de um instrutor de música.

O Projeto “Loucos em Cantos” participou da I Chamada para Seleção de Projetos de Arte, Cultura e Renda na Rede de Atenção à Saúde Mental, e recebeu o incentivo financeiro de acordo com a Portaria GM 1.169/2005. O referido Projeto tem como principal objetivo a inclusão social e a ampliação ao acesso dos usuários à saúde, cultura, arte e renda. O coral por si só, é uma atividade de grande relevância social, educativa e cultural, porém, quando colocado no contexto da saúde mental, esta atividade agrega valores não mensuráveis, mas de grande visibilidade, como: descoberta de talentos e habilidades musicais, fortalecimento de vínculos sociais, crescimento pessoal, melhora da autoestima, união do grupo, quebra do preconceito e ampliação das formas de lazer. (...) A iniciativa ainda possibilita a geração de renda através da participação de concursos e festivais, cobrança de cachê artístico em apresentações locais e estaduais e venda de DVD com toda a história do coral, desde a montagem do grupo até as apresentações (GUIMARÃES, 2010, p. 987).

Nas referidas oficinas, ocorriam debates sobre o repertório musical, no qual os participantes escolheriam 10 músicas para apresentações, conforme o gosto musical da maioria do grupo e a musicalidade da região. Após esta etapa, o instrutor avaliaria o repertório e escolheria 6 músicas para ensaio e aperfeiçoamento técnico de canto.

Os integrantes do grupo se organizavam em uma comissão de divulgação, cujo papel seria o de buscar informações sobre concursos municipais e estaduais de corais, além de negociar uma agenda de apresentações. Dentre suas apresentações, o Coral “Loucos em Cantos” já haveria se apresentado não apenas no CAPS, mas também na solenidade de abertura da II Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial, em 13 de maio de 2010, à convite da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Segundo Guimarães (2010), a evasão, adesão, frequência dos participantes e interação grupal serviram de indicadores da qualidade e dos processos do grupo, considerando que o Projeto tem como lema o ditado popular de que “Quem canta seus males espanta” (id., p. 987).

C) Trabalhos Solos

Zé do Poço

“Tem alguma coisa querendo
sair de dentro de mim”.
Música de Zé do Poço

Encontramos referências à experiência do cantor solo, Zé do Poço em Amarante (2007) e em um vídeo de Zé do Poço acompanhado por Zezinho da Viola, cujo áudio, que está na Faixa 11 do Anexo Audível, foi citado no CD do I Prêmio Cultural “Loucos Pela Diversidade”⁹² realizado em 2009, resultante da Oficina Nacional de “Indicação de Políticas Públicas Culturais para Pessoas em Sofrimento Mental e em Situações de Risco Social”. Há também o sítio eletrônico do 7º Festival de Verão da Universidade Federal de Minas Gerais, evento no qual Zé do Poço recebeu convite para realizar a abertura da programação cultural. Segundo o próprio cantor, ele se define como “pintor, filósofo de plantão, catador de palavras e de papel”⁹³, gravou mais de 20 discos em produções independentes e trabalha em parceria com Pereira da Viola, Zezinho da Viola e banda Graveola e Lixo Polifônico, além de se fazer presente em festivais e cenas independentes de Minas Gerais.

1.3. *Corda IV: Blocos Carnavalescos*

Amarante (2007), um dos propositores do termo e da história da Reforma Psiquiátrica brasileira, conta uma experiência que teve na Itália, relacionada ao carnaval:

Uma experiência marcante para mim foi o convite recebido de Franco Rotelli para organizar uma escola de samba com usuários, técnicos, familiares e voluntários no carnaval de Trieste [Itália], em 1992. A partir do tema Meninos de rua, compus o samba enredo ‘Tutti i bambini della strada’ e fizemos uma bela festa que marcou o carnaval triestino” (AMARANTE, 2007, p. 74).

Há também no Brasil, grupos especificamente ligados ao carnaval, no contexto da RPb:

em 1992, por ocasião do carnaval, decidiu-se não mais fazer um ‘bloco de doentes’ para brincar no baile no pátio do hospício, mas sim organizar uma ala num dos blocos mais famosos do Rio de Janeiro, ‘Simpatia é quase amor’. A ala saiu com o nome de ‘Ala do maluco beleza’ (em alusão à música de Raul Seixas), e fez muito sucesso no bloco e na mídia. Em anos

⁹² Clipe disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=gOLnd9DVb2U>>.

⁹³ Citação do Zé do Poço, disponível em <<https://www.ufmg.br/festivaldeverao/noticias/filosofo-de-plantao-e-catador/>>.

posteriores, foram organizadas várias iniciativas semelhantes e até mesmo escolas de samba do Rio de Janeiro desfilaram com alas e temas abordando a loucura, a diferença, a diversidade. Há, no país, muitos blocos e coletivos carnavalescos que fazem alusão ao tema. No Rio de Janeiro destacam-se o ‘Tá pirando, pirado, pirou!’ e o ‘Loucura suburbana’ (id., p. 74.).

Em um país que tem o Carnaval como símbolo artístico-cultural mundialmente reconhecido, é esperado que haja uma infinidade de experiências nessa corda. Uma corda que identifica o nosso território, cuja sonoridade tem um forte apelo rítmico, primando pela produção de fantasias compartilhadas e diluídas na massa, de movimento, de dança, de contágio. Apesar de sua relevância em termos culturais, tais ações ainda contam com poucas publicações sobre suas histórias, discursos e práticas.

Alguns dos muitos exemplos dessas práticas são: o bloco “Doido é Tu” de Fortaleza/CE (HEFFER, 2012) criado em 2007; o bloco “Conspirados” de Ouro Preto/MG (BRUNOP2010, 2012)⁹⁴ que se apresentou na IV Conferência de Saúde Mental de Minas Gerais em 2010; o bloco “Pé pra Fora” de Pirituba/SP, que saiu na avenida em 2012 com o samba “Pela inclusão social e sem preconceito” (ASSESSORIA DE IMPRENSA, 2013); o bloco “Me solta que eu pulo – 2013” (PREFEITURA ITABORAÍ, 2013) de Itaboraí/RJ que desfilou com o enredo “Cuidar sim, prender não”; o “Bloco do Rivotril”⁹⁵ no Distrito Federal/DF, que trouxe para as ruas temas que possibilitassem ações preventivas em relação a doenças sexualmente transmissíveis e ao uso de álcool e outras drogas. Há também a Escola de Samba “Liberdade ainda que Tam Tam” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2013) de Belo Horizonte/MG, que desde 1997 realiza uma manifestação político-cultural em forma de desfile carnavalesco para promover reflexões sobre o lugar social da loucura e em defesa da RPb no movimento antimanicomial mineiro. Formada por usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de Saúde Mental da região metropolitana de Belo Horizonte e do interior mineiro, a “Liberdade Ainda que Tam Tam” reúne cerca de 30 serviços dessa rede. O tema abordado na apresentação de 2013, “Se não nos deixam sonhar, não os deixaremos dormir”, traz a resistência como afirmação da Luta Antimanicomial.

Por essa razão, vamos discorrer brevemente sobre cada experiência de bloco carnavalesco que se encontra relatada em textos, lançando mão de outros tipos de publicações que não exatamente científicas e/ou acadêmicas para complementar as informações sobre as atividades desses blocos.

⁹⁴ Para informações complementares, cf. <<http://www.youtube.com/watch?v=9mx3MAwmMjg>>.

⁹⁵ Cf. <http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/2581-carnaval-da-sa%C3%BAde-mental.html>

Coletivo Carnavalesco “Tá pirando, pirado, pirou!”

“Me desculpe seu doutor
há remédios pra loucura
o meu samba é resistência
minha arte é minha cura
(...) E se eu tiver que me internar
segura as pontas, coração!
É só um pulo, você vai ver
eu vou ali e volto já”.

Bloco “Tá pirando, pirado, pirou!”
Samba enredo de 2007:
“Tô maluco, mas tô em obra”.

O Coletivo Carnavalesco “Tá pirando, pirado, pirou!”, com o objetivo de desinstitucionalização das práticas de saúde mental (XISTO, 2011; MELO e FERREIRA, 2011), foi criado entre o final de 2004 (ALMEIDA, 2009) e início de 2005 (XISTO, 2012) por profissionais e usuários de diversas instituições da rede de saúde mental do Rio de Janeiro. O bloco surgiria a partir do desejo destes sujeitos de se integrarem ao carnaval de rua da cidade. Desde o princípio, a construção desta atividade ocorreu junto à comunidade, a fim de que a inclusão social por meio do carnaval de rua fosse facilitada e garantida, o que caracterizaria tal ação na lógica da RPb. Segundo Xisto (2011, p.181): *“Dentro da proposta de desinstitucionalização desenvolvida pela Reforma Psiquiátrica brasileira, fortemente inspirada na Psiquiatria Democrática Italiana, essa atividade acaba se configurando como importante dispositivo de desestigmatização da loucura junto à sociedade”.*

Um dos aspectos singulares discutido no texto de Xisto (2011), diz respeito a representação que esta atividade produziria não apenas aos “usuários” das instituições em si, mas também aos profissionais de saúde mental que ocupariam este espaço lúdico constituído por meio do bloco, cujos efeitos potencializariam a produção de novos sentidos, significados e valores ao trabalho realizado, produzindo em consequência, maior qualidade na atenção.

No que diz respeito à questão financeira, o bloco em si oferece remuneração aos participantes (ALMEIDA, 2009), mas não aos profissionais dos serviços de saúde mental (XISTO, 2011) e inclusive, com o crescimento do alcance do projeto, teria sido necessária a discussão sobre alternativas de financiamento e patrocínio para o bloco por meio de inscrição em editais que financiassem projetos artísticos, dentre outros.

Para Xisto (2011), o espaço de um bloco de carnaval, apesar de não consistir num ambiente tal como uma clínica convencional, acabaria também por funcionar como mecanismo de estímulo às potencialidades do sujeito, de valorização dos talentos emergentes e de promoção da desestigmatização da identidade de “doente mental”. Os efeitos dele

estariam direta ou indiretamente ligados a dimensão de uma clínica própria à Reforma Psiquiátrica, cuja releitura transformaria a estrutura de centralização na doença para uma clínica que estabeleceria relação com o sujeito. Além disso, a prática do bloco “Tá pirando...” estaria ligada a aspectos do carnaval, uma atividade que traria implícito a troca e inversão de papéis sociais e individuais, além da invenção provisória de novas identidades, quebra das hierarquias e oportunidade de sociabilização: ali todos são foliões, anônimos em suas identidades de “usuários”, “familiares” e “profissionais” da saúde mental, a sambar na avenida e a se misturar no espaço da multidão (XISTO, 2011, p.187 e 188). Essa troca dos papéis sociais encontra no carnaval suas condições ideais, mediadas pela dança, canto, alegria, fantasias, enfim, pela “capacidade de brincar o carnaval” (XISTO, 2011, p.188).

Aliando o trabalho no território a uma forte tradição cultural típica do local em questão (CALICCHIO, 2007), o bloco se constituiu não só pela desinstitucionalização, mas também pela revitalização do carnaval de rua no Rio de Janeiro, que vinha se tornando cada vez mais turística e elitizada, e com pouca ou nenhuma relação com o território. Primeiramente, o Instituto Philippe Pinel se aproximou dos Cancioneiros do IPUB com a proposta de montar um bloco coletivo e aberta, que desce “vazão ao lado alegre da loucura, uma iniciativa como essa se contrapõe ao sofrimento excessivo que tantas vezes persiste não obstante nossos melhores esforços” (id., p.81).

A pretensão de fazer uma festa na rua em que caiba quem já pirou e quem está pirando (release do bloco, 2005), tinha um grande bastidor, em que muitas ações eram feitas: escrita e escolha do enredo e concurso dos sambas, a interpretação do samba, a organização do carro de som e carro alegórico, fantasias, os desenhos para fazer as camisetas do bloco (XISTO, 2011). Um fato emblemático da história do bloco foi a decisão de mudar o percurso do desfile, no ano de 2006, para a avenida Pasteur em que, em 1852, foi endereço do primeiro manicômio da América Latina, o Hospício Pedro II.

Um dos eixos que orientam o “Tá pirando...” é o desenvolvimento do empoderamento dos usuários de saúde mental – ações em que os usuários assumam responsabilidades de forma autônoma e “tenham seus talentos e habilidades reconhecidos pelo coletivo” (ALMEIDA, 2009, p.119). Segundo Almeida (2009), as principais características dessa experiência são

- 1) a aproximação dos profissionais da arte carnavalesca e da música brasileira, sobretudo do universo do samba, com os usuários dos serviços de saúde mental, possibilitando um processo importante de motivação e aumento de autoestima na produção artística dos usuários;

- 2) formação de condições técnicas para facilitar a produção de obras artísticas em que a comunidade possa recriar e se apropriar da sua história, da sua singularidade e de seus valores culturais (...)
- 3) participação efetiva da comunidade em todas as etapas de produção dos desfiles: assembleias coletivas para a tomada das principais decisões sobre o tema do desfile, o desenvolvimento do enredo, o concurso de sambas, a formação do júri, a logomarca do bloco e a confecção de alegorias, fantasias e máscaras (id., p.120).

O samba enredo de 2012 do bloco “Tá pirando...” está disponível na Faixa 12 do Anexo Audível⁹⁶.

Bloco “Loucura Suburbana”

“São dez anos de Loucura
Essa é minha inspiração
Tô chegando na avenida
Vejam que transformação!”.
Música: Isso é tudo em que acredito
composição de Marta Macedo,
Abel Luiz e Flávia Cris

No Rio de Janeiro, o Bloco Loucura Suburbana começou suas atividades no ano 2000, através da iniciativa dos funcionários do Instituto Municipal Nise da Silveira, antigo Hospital Pedro II (MACHADO, 2010). Partindo do Engenho de Dentro para outros bairros desde 2001, o “Loucura” conquistou apoio de outros setores da sociedade e a participação da comunidade no bloco teria aumentado, ressignificando o acontecer do carnaval como algo solidário, político e desestigmatizador (id.). A equipe do “Loucura” é formada por coordenação musical, intérpretes, bateria, mestre-sala e porta-bandeira, produção e oficinas – composição, ateliê de fantasias, adereços e moda, percussão. Sobre a composição, um fator importante é a produção de reflexões e escrita, que pode ser feito individualmente ou em parcerias. Os jurados da banca que avaliam os sambas-enredos são escolhidos pelo bloco, o que os leva a se perguntar sobre a qualidade artística do que tem sido feito, fazendo crescer a demanda dos participantes do grupo por ensino de música (id.).

No dicionário Cravo Albin de Música Popular Brasileira, há um resumo com os momentos marcantes da história do “Loucura Suburbana”:

Em 2010, foi aprovado como ‘Ponto de Cultura’, pelo Ministério da Cultura do Brasil, por seu trabalho de inclusão social, com oficinas gratuitas de percussão, adereços e fantasias, cavaquinho e composição musical, integrando pacientes de diversos serviços de saúde mental da cidade e moradores do Engenho de Dentro e adjacências. A partir de 2010 o Ponto de Cultura loucura Suburbana: Engenho, Arte e Folia passou a realizar rodas de

⁹⁶ O áudio foi extraído do vídeo disponível em <<http://www.youtube.com/watch?v=DqaQ5Pp8hXo>>, acesso em ago. 2013.

samba mensais na Praça Rio Grande do Norte, no Engenho de Dentro (RJ), dentro da programação “Quintas Musicais”, resgatando a tradição musical de samba e carnaval, a partir de encontros poéticos e alegres entre personagens do mundo do samba, do bairro e da saúde mental. (...) Como resultado do trabalho da oficina de percussão, o bloco pôde contar com uma bateria própria, “A Insandecida”, em seu desfile de 2011. O enredo desse desfile teve como tema os 10 anos de folia do bloco e o centenário do Instituto Municipal Nise da Silveira. Em 2013 recebeu o prêmio “Serpentina de Ouro” na categoria “Destaque”, conferido pelo Jornal O Globo e festejado na primeira roda de samba do ano, na qual lançou CD “Sambas Campões”, com os 10 melhores sambas do bloco (ALBIN, 2013).

Um dos sambas que disputou o samba-enredo de 2009 do bloco Loucura Suburbana está disponível na Faixa 13 do Anexo Audível⁹⁷.

Cordão carnavalesco Bibitantã

Uma experiência carnavalesca na cidade de São Paulo/SP é a do cordão *Bibitantã*, advindo da parceria entre os CAPS Butantã e Itaim Bibi, o CECCO Parque da Previdência, o grupo cultura “Kolombolo Diá Piratininga” que resgata a história do samba paulista e a ONG Sambatá que trabalha pelo samba e pela cidadania (REINHEIMER, 2010). Embora não tenhamos encontrado muitos dados sobre o cordão Bibitantã, encontramos o samba do Carnaval de 2010 intitulado “Vem coçar”, disponibilizado na Faixa 14 do Anexo Audível⁹⁸. Além disso, encontra-se relatado alguns trechos de um encontro entre o Bloco “Tá pirando...” e o cordão Bibitantã, ocorrido em abril de 2009. Nessa reunião, discutiram-se os impasses e sucessos, semelhanças e diferenças entre as experiências e foram compartilhadas algumas interrogações sobre o reconhecimento dos grupos como práticas atreladas aos serviços de saúde mental e a movimentos culturais simultaneamente, e concluíram que a saúde mental possibilitaria a alguns usuários o encontro com a arte e uma forma de inserção social diferenciada, que talvez não fosse possível de outra forma. Uma das profissionais de saúde mental participante do Bibitantã afirmou que, com esse projeto “estamos descobrindo que todos somos artistas” (id., p.59). As instituições de saúde mental deixariam, portanto, de ser somente voltada para fins de tratamento para dar lugar à produção e formação cultural, criando uma rede que aproxima serviços de diversas áreas. Um cuidado que se deve tomar nessa prática, apontado por Reinheimer (2010) poderia ser a inserção no cordão carnavalesco

⁹⁷ Samba extraído do vídeo, no endereço eletrônico <<http://www.youtube.com/watch?v=FKqJX2E6NRg>> acesso em ago. 2013.

⁹⁸ Extraído do vídeo que se encontra no sítio <<http://www.youtube.com/watch?v=WQqKGDSspjU>>, acesso em ago. 2013.

para a inclusão social, mas para alcançar certo *status quo*, para consagrar individualidades artistas, perdendo-se o compromisso com a Reforma Psiquiátrica, a terapêutica e o coletivo

Bloco “Unidos do Candinho”

“O semblante choroso sorriu
O olhar tão cansado alegria sentiu
Deixa a tristeza pra lá
Vem pra rua brincar
É a vida que não para de pulsar
De médico e louco quem não tem
Quem não gosta de samba a alegria não vem”.
*Bloco Unidos do Candinho,
Samba-enredo de 2013: “20 anos de Candinho”*

No ano de 2013 o bloco “Unidos do Candinho” completou 20 anos de história (CÂNDIDO FERREIRA, 2013). Várias oficinas de diversas instituições fomentariam o bloco, que reúne usuários e funcionários de vários serviços de saúde mental para compor, executar e desfilar o bloco nas ruas de Souzas, bairro onde fica o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”, em Campinas/SP. O bairro foi explorado como tema do samba de 2012, que está no Anexo Audível como a Faixa 15⁹⁹. Surdos, caixas, tamborins, chocalhos, fantasias coloridas; muitos recursos são utilizados para compor um carnaval inclusivo e familiar.

A possibilidade de integrar os usuários dos serviços de Saúde Mental à comunidade, celebrar a convivência e conscientizar a população sobre as novas formas de tratamento em Saúde Mental de um jeito alegre e descontraído são alguns dos objetivos do bloco, conforme dados do sítio eletrônico da instituição¹⁰⁰, e seu primeiro desfile foi realizado em 1993, dois anos após ser firmada a parceria entre o Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira” e a Prefeitura Municipal de Campinas, com vistas a modificar as formas de atenção em Saúde Mental no município.

1.4. *Corda V: Experiências de rádios*

Algumas iniciativas de trabalho com música e outras experimentações sonoras no âmbito da RPb vêm ocorrendo em programas de televisões e rádios oficiais e comunitárias (AMARANTE, 2007). Fortuna (2012) realizou uma detalhada pesquisa sobre este tema, utilizando como descritores rádio e saúde mental em bases de dados da internet e listou várias

⁹⁹ Áudio extraído do vídeo que se encontra em <http://www.youtube.com/watch?v=VUD3J_JeI7U>, acesso em ago. 2013.

¹⁰⁰ Para mais detalhes, visite <http://www.candido.org.br/>

publicações e notícias sobre o tema no período compreendido entre 1994 a 2011, totalizando 16 experiências com “uso de oficinas de rádio como atividade psicossocial nos serviços de saúde no Brasil” (id., p.05). Dentre as modalidades de oficinas encontradas, os tipos de transmissão/divulgação sonora foram em ondas eletromagnéticas/hertzianas, oficinas em estúdio de circuito interno e em *webrádios* ou rádios pela rede mundial de computadores (*world wide web*)¹⁰¹.

As experiências que foram listadas: a pioneira, a Rádio Tam Tam, de Santos/SP; a Rádio Antena Virada de Paracambi/RJ e a Rádio Cala a Boca Já Morreu, de São Paulo (AMARANTE, 2007); a Rádio Maluco Beleza de Campinas/SP; Papo-cabeça /SP, Programa Papo Cabeça /RS, Coletivo Potência Mental RS, Rádio da gente BA (Hayne, 2004) e Ondas Parabolínicas (SP). Outras oficinas radiofônicas citadas foram: a webrádio Revolução/RJ; Projeto e rádio Lokomotiva em Natal/RN; a webrádio Delírio Coletivo; a rádio De perto ninguém é normal/RS; Rádio Trovão em Praia Grande/RS; Programa Cuca Legal desenvolvido no CAPS Nossa Casa em São Lourenço do Sul/RS na Rádio Comunitária Vida FM; Rádio FMIL em Santo Ângelo/RS com usuários do CAPS Santo Ângelo, Rádio Saúde/RS (FORTUNA; OLIVEIRA, 2011; FORTUNA; OLIVEIRA, 2012). As oficinas e atividades radiofônicas realizadas por usuários de serviços de saúde mental que possuem publicações serão brevemente relatadas com os dados obtidos, como algumas ondas dessa corda.

Rádio Tam Tam

“Quem não tem loucura, não é equilibrado”.
Uma das frases da Rádio TAMTAM

Com 21 anos de existência, a Associação Projeto TAMTAM foi criada a partir do trabalho do arte-educador Renato Di Renzo na Casa de Saúde Anchieta, em Santos/SP, um hospital psiquiátrico que foi alvo de denúncias de superlotação, mortes e outras irregularidades e, por isso, sofreu intervenção municipal. O trabalho consistiu, sobretudo, no resgate da dignidade humana dos egressos dos hospitais, que ao retornarem para a sociedade e à cidade, enfrentariam alguns desafios nessa reintegração:

A arte e a linguagem da construção foram as ferramentas de um projeto que revolucionou a saúde mental, fazendo do Brasil uma referência no exterior e, de Santos, a primeira cidade brasileira livre de manicômios. A proposta desenvolvida nunca foi de ocupação de um tempo, mas de produção desse tempo. Tão logo, o local se transformou em espaço de acontecimento e troca social. Oficinas de teatro e artes, moda, produção de um jornal, rádio e vídeo

¹⁰¹ <http://www.coneco.uff.br/ocs/index.php/1/conecorio/paper/viewFile/91/177>

transformaram a rotina e a vida dos pacientes. Um dos fios condutores do projeto foi a Rádio TAMTAM feita pelos ‘locutores’ – como se autodenominavam – e serviu de modelo para outras iniciativas. A linguagem do excluído ecoou na sociedade, rompendo paradigmas, preconceitos, criando um “canal” de diálogo entre toda a cidade (RENZO, 2011, p.153).

O projeto TAMTAM, na desconstrução do Anchieta em 1989, posteriormente adquiriria uma característica mais autônoma, formando o Centro de Convivência TAMTAM, para formar “acontecimentos” nos pátios do hospital, em que fosse possível compartilhar, encontrar, expressar-se, jogar, trocar (NICÁCIO, 1994). Com a inauguração do ambulatório, uma das salas cederia espaço ao Grupo TAMTAM, com o propósito de unir saúde e arte, embrião de diversas práticas, como o microjornal “TAMTAM-Urgente” e a Rádio TAMTAM:

Está no ar a Rádio TAMTAM, Ondas pra lá de metro, Sinta o nosso TAMTAM. A rádio, construída quase artesanalmente por pacientes e profissionais do Projeto TAMTAM, colocava no ar, diariamente, músicas, notícias, “cantinho romântico”, entrevistas, mensagens, crônicas, prestação de serviço, horóscopo, pesquisa sobre música (NICÁCIO, 1994, p. 139).

Seria preciso ainda “sair do Anchieta, intervir culturalmente na cidade” (p.139). Seis meses depois, a Rádio TAMTAM compraria um espaço de meia hora na Rádio Universal da cidade de Santos, num ousado programa “do tamanho de sua loucura”, (id., p.139) conforme as palavras de um dos apresentadores da rádio e ex-interno do hospital Anchieta. Como a maioria dos participantes não possuía nenhuma experiência em rádio foram realizados ensaios, produção do programa, trabalhar as vozes, dicção e a comunicação.

A programação é similar ao formato dos meios radiofônicos já consagrados, mesclando músicas, anúncios, dicas culturais e entrevistas. O que “*confere um signo é quem faz e para o quê faz – o grupo é protagonizado por ex-usuários do sistema psiquiátrico, profissionais do TAMTAM e abre um espaço inédito para pessoas comuns e posteriormente jovens do Colégio Objetivo*” (id., p.139). Com uma apresentação lúdica, é possível brincar e fantasiar com conteúdos políticos, institucionais, científicos, do *status quo* vigente (id.). De forma peculiar, com irreverência e crítica, vários assuntos são abordados de forma diferente daquela atribuída à imprensa geral. A problematização da diversidade é constante, mistura-se realidade e fantasia; os personagens de rádio são também novas possibilidades de ser no mundo (id.).

A Rádio TAMTAM começaria a fazer sucesso e, com isso, abrir-se-ia espaços na mídia, sendo convidada para apresentações e debates em vários locais do Brasil. Os “loucos” agora são famosos e convidados pelo valor social de seu trabalho e de seu produto, um contraponto importante ao lugar de periculosidade e incapacidade ao qual o louco é lançado. Nesse processo, com patrocínios consegue-se uma hora de espaço na programação oficial da Rádio Clube de Santos, aumentando a difusão já que quinze estados brasileiros podem sintonizá-la. Em 1994, na Rádio Cacique de Santos, começa a funcionar diariamente em horário nobre (das 20:00h às 21:00h) e os locutores do TAMTAM estão em processo de oficialização no Sindicato dos Locutores de Rádio, haja vista a carga horária já realizada por eles. Inclusive, como grupo autônomo, a Rádio TAMTAM também apresenta shows ao vivo em Santos e outras cidades, o que tem gerado discussões entre os sindicalistas, uma vez que os locutores da Rádio TAMTAM tem recebido um salário maior que o piso da categoria por conta dos cachês de shows (id.).

A Rádio dentro do Projeto TAMTAM faz parte de um

conjunto de intervenções artísticas e culturais [que] não se identifica com propostas de elogio à loucura: trata-se de atravessar os campos de saúde e doença, de uma profunda ruptura com o modelo clínico ou outras formas de codificação do sofrimento, de se confrontar com os valores culturais que atribuem desvalor à diversidade, à deficiência, à ruptura com as normas (id., p.142).

Programa Ondas Paranóicas na Rádio Cala-Boca Já Morreu

Na década de 1990, com a abertura de inúmeras emissoras de rádios comunitárias, a Rádio Cidadã iniciaria suas atividades em 1995. Em parceria com a educação, nasceriam os programas de rádio Porrada no ar e Cala-boca já morreu, formados por um grupo de adolescentes e crianças. O Cala-boca, formado por crianças de 7 a 12 anos, teve que se tornar um jornal em 1996, por conta do fechamento da rádio por parte da Polícia Federal e posteriormente, um programa de televisão (LOPES-LIMA, 2009).

A relação desta rádio com a Saúde Mental se deu no momento em que foi solicitado aos coordenadores do Cala-boca que iniciassem uma oficina de rádio com usuários adultos da saúde mental. Nessa oficina, os participantes que também já haviam se apresentado no Programa Ondas Paranóicas na Rádio Cidadã gravariam, ouviriam, criariam e refletiriam sobre as produções feitas. Com o fechamento da Rádio Cidadã, a oficina continuou a se apresentar em festas e eventos, depois, deixou de acontecer no CAPS Itapeva para ocorrer na

sede do Cala-boca já morreu, dando continuidade ao Ondas Paranóicas (id.). Com participantes vindos dos CAPS Lapa, Perdizes, CECCO e CAPS Butantã, o Ondas Paranoicas atualmente produz gravações semanais¹⁰².

Rádio Maluco Beleza

A Rádio Maluco Beleza, feita por usuários do Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira em Campinas/SP, desenvolveu um programa que levaria a equipe a participar de momentos importantes da história da RPb, como a cobertura do III Fórum Social Mundial em 2003 e parte da recepção pelo presidente da República na época, Luis Inácio Lula da Silva, no lançamento do projeto “De volta para a Casa”, destinado a pacientes de saúde mental (FACHINI e ROLDÃO, 2008). Os temas abordados nos programas da Rádio dão oportunidade aos usuários de questionar a sociedade sobre assuntos polêmicos, como preconceito e política. Fachini e Roldão (2008) apontam alguns princípios norteadores que eles observaram da prática da Rádio:

- A produção do Maluco Beleza reflete a identidade dos próprios usuários e não a dos profissionais orientadores do projeto. A própria edição dos programas, mesmo sendo feita apenas pelos profissionais, mantém a autenticidade da produção realizada pelos usuários. Com a audição dos programas para a elaboração do painel histórico e, depois, com o acompanhamento de uma edição, ficou claro que esta não realiza alterações ou cortes na fala dos “locutores”.
- Não foi observada nenhuma interferência que caracterizasse distorção das idéias dos usuários em relação aos temas abordados. Todas as intervenções se deram na forma de orientação e ocorreram, principalmente, nas entrevistas (id., p.02).

A oficina de rádio se propõe a uma forma de tratamento e de combate à exclusão e ao preconceito contra o sujeito em sofrimento psíquico, oferecendo-lhes um lugar de onde possam falar, resgatar sua cidadania e trabalhar para transformar sua realidade individual e comunitária.

Rádio da Gente

No nordeste brasileiro, em um jornal-mural de uma disciplina de jornalismo, Hayne (2004) divulgou a experiência que vivera na Rádio da Gente, no Hospital Juliano Moreira em Salvador/BA. A Rádio da Gente surgiu em 1996, como rádio de circuito interno da

¹⁰² Para ouvir o Programa da Oficina Ondas Paranóicas, acessar <http://www.portalgens.com.br/ondas/>.

instituição, com o intento de divulgar os acontecimentos do hospital, por iniciativa de uma assistente social da instituição. Os pacientes foram estimulados a falar ao microfone sobre aquilo que não falavam para os médicos, o que promoveu mudanças na atenção prestada, na relação entre os usuários da instituição e com familiares e pessoas da comunidade, a partir de uma atividade que mescla mais de uma função: terapêutica, educação e integração social (id.).

Rádio De perto ninguém é normal

No Rio Grande do Sul, o projeto do Serviço de Atenção Integral a Saúde Mental da Universidade Federal de Santa Maria realiza um programa de rádio quinzenal de 50 minutos, chamado “De Perto Ninguém é Normal”, produzido por pacientes. Segundo Alfredo Lameira, coordenador do trabalho, os pacientes se beneficiam do projeto em vários aspectos de suas vidas, sendo um deles o da “redução significativa no número de internações psiquiátricas entre os participantes” (MELLO, 2011, p.04). O programa que vai ao ar por meio da Rádio Universidade 800 AM, tem relação com um projeto de estágio de estudantes de psicologia da Universidade Federal de Santa Maria e é produzido e apresentado por usuários do CAPS Prado Veppo, da Prefeitura Municipal de Santa Maria, tendo como um dos objetivos oportunizar a expressão de sujeitos em sofrimento psíquico (id.).

Rádio Papo Cabeça

A proposta da realização de uma oficina radiofônica para usuários de serviço de saúde mental foi sugerida pelo CAPS de Santa Cruz do Sul/RS ao curso de Comunicação Social da Universidade de Santa Cruz do Sul, que ouviria àquele pedido como oportunidade de interagir com a comunicação comunitária e de fazer uma ação de relevância social (MELLO, 2001). Na oficina radiofônica de caráter terapêutico, os participantes produziram o programa Papo-Cabeça, apresentando três características para o desenvolvimento de seu projeto:

o rádio como espaço a ser ocupado por grupos sociais excluídos, isso devido às características próprias do veículo; o segundo diz respeito a importância da comunicação comunitária visando a promoção da cidadania e da sociabilidade de um grupo que ainda luta contra o preconceito social; o terceiro traz elementos que apresentam as oficinas como um espaço terapêutico para os portadores de sofrimento psíquico que rompa com o modelo asilar de tratamento da loucura (id., p. 01).

Realizada semanalmente, os pacientes do CAPS produzem e apresentam o programa a ser veiculado quinzenalmente por uma rádio comercial local, a saber, a Rádio Gazeta (1180

AM). Em maio de 1999 surgiria a oficina de rádio que iria ao ar no mesmo ano, envolvendo pessoas que tivessem boa leitura e dicção, além de ideias para fomentar a discussão de pautas. Após três anos de prática, muitos pacientes saíram da oficina por que começaram a trabalhar, fazendo com que a oficina tivesse que se reconfigurar periodicamente (id.).

Há algumas características intrínsecas ao rádio que contribuem para que ele seja um meio de comunicação bastante oportuno para este trabalho: a linguagem oral, o imediatismo, mobilidade, sensorialidade e a instantaneidade (ORTRIWANO, 1985).

Estes aspectos se refletem na própria linguagem radiofônica que deve ser simples, clara, concisa e redundante. Desta forma, o entendimento do que é dito será melhor compreendido pelo ouvinte. O uso da linguagem adequada somado ao aspecto da sensorialidade faz com que o rádio tenha uma relação de proximidade com o ouvinte. Por não dispor de imagem e contar apenas com o som, ele chega mais diretamente ao ouvinte com se falasse a ele individualmente. Este poder de penetração doméstica confere ao veículo a capacidade única de mobilizar as audiências para mensagens simples e emocionais. Deste modo, o rádio apresenta um grande potencial de mobilização que os movimentos sociais podem ocupar. As características que favorecem aos movimentos sociais se apropriarem de espaços nas emissoras são: o baixo custo de produção que permite um acesso mais facilitado, já que o tempo no rádio custa muito mais barato que na televisão, por exemplo; e a linguagem oral, que possibilita e esses representantes utilizarem os espaços radiofônicos de uma forma que tenham apenas que falar sobre suas idéias, contar sua história, relatar sua realidade (MELLO, 2011, p.02).

O programa Papo-Cabeça se realizaria a partir de discussões com os usuários que, além de apresentarem o programa, escolhem os assuntos que serão tratados e as perguntas a serem feitas aos entrevistados. Para além de uma oferta de oficina terapêutica em que o participante pode ressignificar seus afetos, percepções e sua história, a atividade é um exercício laboral e de responsabilização do sujeito por aquilo que ele fala e faz, além da possibilidade de aumentar sua interação e construção de laços sociais por meio da comunicação.

Coletivo da Rádio Potência Mental

Os “locutores” do Coletivo da Rádio Potência Mental começariam suas atividades em 2006, por iniciativa de alguns residentes em Saúde Mental Coletiva, com “o desejo de comunicar outros modos de fazer-se enunciar e dar visibilidade à loucura e ao sofrimento psíquico, bem como os sentidos de improvisar e lidar com imprevistos no acontecer da rádio” (GORCZEVSKI; PALOMBINI; STREPPPEL, 2009, p.01).

O Coletivo apresentaria seus programas radiofônicos na Rádio Comunitária Lomba do Pinheiro de Porto Alegre na frequência FM 87.9, contando com a participação de 16 comunicadores que realizariam o trabalho comunitário não remunerado, compondo a intervenção quinzenal do “Potência Mental em Ação” no programa chamado “Comunidade em Ação”. Todos os componentes do Coletivo eram convidados a construir uma relação de experimentação de novos lugares, como cantores, entrevistadores e dos trabalhadores como parceiros de trabalho dos pacientes (STREPPPEL, 2011; STREPPPEL; PALOMBINI, 2011), fazendo-se necessária a horizontalidade, uma vez que, além da dimensão inclusiva e subversiva de papéis sociais que a proposta possui, todos os integrantes estão ali na mesma condição: de aprendizes das técnicas de radiodifusão sob as quais não possuem domínio técnico (GORCZEVSKI et. al., 2009). O Coletivo já participou de vários eventos, como o encontro do “Mental Tchê” em São Lourenço do Sul em 2007 e 2008,

onde, junto com outros grupos, ocupou-se da produção da Rádio A Voz do Poste; esteve presente no Encontro Mundial de Rádios na Saúde Mental, no ano de 2007, em Buenos Aires; participou, como palestrante convidado, do seminário sobre Mídia e Saúde Mental, na Escola de Saúde Pública do RS, em 2008, e de roda de conversa sobre o mesmo tema no Encontro Estadual de Saúde Mental do RS, em 2009 (id., p.02).

A partir de 2008, adentraria ao projeto estudantes e profissionais da área da comunicação social, contribuindo para o caráter interdisciplinar das intervenções sonoras e dialógicas na cidade. Com reuniões semanais o Coletivo discutiria, estudaria e planejaria suas atividades, produzindo novas vinhetas e registrando em ata essas reuniões. Articulado ao projeto de informática e de vídeo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o Coletivo se inseriu na “Rede de Oficinandos”, para consolidar uma dupla via de inserção – a dos usuários no mundo das tecnologias da informação e da comunicação e a da universidade no campo da Reforma Psiquiátrica (id.; PALOMBINI, CABRAL e BELLOC, 2008; STREPPPEL, 2011).

Webrádio Revolução

A rádio Revolução FM no Rio de Janeiro/RJ começaria suas atividades como rádio em baixa frequência, e depois se transformou em *webradio* (FORTUNA, 2013), dado que indica a tendência de uso da rede mundial de computadores como ferramenta importante de comunicação. Idealizada por profissionais, sendo um médico e uma jornalista os que elaboraram o projeto, por usuários e outros colaboradores, a Rádio Revolução FM iniciou em

1995 como rádio em circuito interno. Conforme o recebimento de novos equipamentos inaugurou-se em baixa frequência modulada em 1999, com o slogan “a rádio que é louca por você” (id., p.84). Localizada no Instituto Municipal Nise da Silveira, eram oferecidos cursos e oficinas de rádio desde 1989 em vários locais e com parceria de várias instituições, para proporcionar espaços de fala, formação e potencialização de habilidades.

Para Fortuna, o caráter lúdico do rádio permitiria fantasiar sobre a própria voz e o ouvinte, sobre a aparência do locutor, a constituição de uma relação de maior intimidade entre o ouvinte e o “loucutor”, para além da relação louco-sociedade não-louca (id.). Um dos desafios enfrentados pela Rádio foi o de lidar com a denúncia anônima que alegava que a rádio funcionava como pirata, que fez com que a Polícia Federal a fechasse, à revelia do papel social que a rádio exercia. Por conta disso, a rádio fez pedido de outorga da concessão para funcionamento como rádio comunitária, e não obteve êxito. Para prosseguir com seu trabalho, portanto, a Rádio Revolução lançou mão da Internet e tornou-se uma webrádio. A rádio se constitui como uma oferta aberta, mas que priorizaria a entrada aos usuários do hospital e, atualmente, para deficientes visuais do Instituto Benjamin Constant, apresentando como critério de participação o sujeito ter frequentado o curso/oficina de rádio por dois meses para aprender as técnicas radiofônicas. Disponível apenas na internet, os programas são veiculados ao vivo, sendo que a maioria não são gravados, deixando poucos registros da memória da rádio.

2. Como as cordas podem vir a reverberar: linhas de audibilidade

Conforme já apresentado no capítulo I, aqui foi composta uma *teia* com linhas que são cordas ressonantes, que produzem sonoridades. Lembremos que essas linhas, tramadas pelas linhas de visibilidade e de enunciação, são linhas que compõem um dispositivo, “que não abarcam nem delimitam sistemas homogêneos por sua própria conta (o objeto, o sujeito, a linguagem), mas seguem direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio, e essas linhas tanto se aproximam como se afastam umas das outras” (DELEUZE, 1989, p.155).

As sonoridades produzem um campo perceptivo das práticas musicais no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Por isso, forjamos as “linhas de audibilidade”, para responder a estas sonoridades de uma forma sensível. Em meio às práticas musicais que levantamos, “escutamos” certas orientações que pediam passagem e que dão audibilidade a determinadas direções das práticas na Saúde Mental Coletiva. Organizamos as audibilidades em diferentes linhas que se movimentam, interceptam, se esbarram e se cruzam. Essas linhas são: de audibilidade à dimensão clínica/técnica; à dimensão expressiva, estética e artística; linha de

audibilidade à dimensão de comunicação, sociocultural e política; de audibilidade à dimensão educativa/pedagógica e à dimensão da transversalidade entre arte, cultura e saúde. Vejamos agora como essas linhas atravessam as experiências que pudemos acessar através de nosso levantamento.

Um grande número dessas experiências colocam em relevo uma *linha que dá audibilidade à dimensão clínica/técnica*. A clínica da RPb possui uma multiplicidade de sentidos que a compõe. Um deles é de romper com a clínica psiquiátrica tradicional que coloca a doença em evidência: na clínica da Reforma, a doença fica em parênteses, e o sujeito como existência-sofrimento passa a ser o centro da Atenção, sendo esta, uma das premissas da desinstitucionalização (AMARANTE, 1996). Além disso, esse novo posicionamento clínico, que inspirou o conceito de reabilitação psicossocial (PITTA, 1998), realiza suas práticas considerando a inclusão social como domínio constituinte da subjetividade e de vital importância para o tratamento.

A questão da definição do que seria “reabilitar” e “reabilitação” poderia nos levar a uma atividade que funcionasse como mecanismo de exercício e ação de poder (FOUCAULT, 1992). Neste caso, o uso da música poderia estar dentro de um discurso hegemônico que visaria à modulação do pensamento e atitudes das pessoas (PELBART, 2003). Atividades que tivessem como objetivo a produção de sujeitos que habitassem a realidade social de forma “adequada”, “funcional” e “adaptada”, estão mais próximas ao paradigma psiquiátrico e poderiam funcionar dentro de uma determinada relação de produção com a engrenagem biopolítica – a de produção subjetividades homogêneas e hegemônicas. A noção de reabilitação, portanto, deve ser desconstruída, para ultrapassar a ideia de que há um sujeito que perdeu a habilidade ou que se encontra desabilitado, que precisa se reabilitar (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003), para dar lugar a uma reabilitação que tome como objeto os espaços de vida como a cidade e a sociedade.

Na clínica da RPb, a subjetividade seria compreendida como uma dimensão que engloba psíquico e o social simultaneamente, como uma abertura à produção de sentido singularizada e coletivizada, como saúde e subjetividade e/ou subjetividade e saúde (COSTA-ROSA, 2013). Outro vetor da clínica da RPb se orienta para a clínica ampliada, definida por Campos (2001) como prática crítica de construção e transformação das relações humanas e instituições, que visaria potencializar os efeitos da clínica e promover a autonomia do sujeito e o reposicionamento do profissional e equipes de saúde. Esta ampliação da clínica tem como premissa o saber especializado e dogmático em saúde como algo restritivo e reducionista, a ser substituído pela produção de saberes ampliados e singularizados, de acordo com a

demanda que a própria relação constitui. No entanto, esta é uma tarefa arriscada uma vez que, quando se amplia a clínica para diversas relações e campos das atividades humanas, corre-se o risco de ampliar também o controle sobre a vida.

Entre as experiências que foram encontradas na pesquisa e que colocam em relevo uma *linha que dá audibilidade à dimensão clínica/técnica*, estão aquelas vinculadas à musicoterapia, como clínica e terapêutica desenvolvida no contexto da Saúde Mental Coletiva em serviços vinculados à RPb, haja vista as experiências do Rio de Janeiro. Sua clínica se dá a partir de técnicas específicas, a depender do público e da instituição em que atuam. Nesta pesquisa, pudemos encontrar e conhecer algumas experiências de musicoterapias grupais (FERRARI e PEREIRA, 2010; PIMENTEL et. al., 2011; CATUNDA e POMPERMAYER, 2012), que nos deram um panorama sobre as possibilidades e desafios desta clínica, na qual a questão da expressão ganharia relevo como estabelecimento de um campo de troca e comunicação não verbal no interior dos processos clínicos, ampliando assim o diálogo com a promoção da expressão estética e, por conseguinte, de produção de sentidos em geral. Algumas práticas musicoterápicas citadas dão também grande relevância ao aspecto da inclusão social, como vimos nas discussões de Vidal (2012) e Peixoto (2007), sendo atravessadas pela linha de audibilidade à dimensão sociocultural. Ouvimos estas como as linhas mais audíveis que atravessam os fios da teia em que a musicoterapia se movimenta.

Também nas oficinas, que possuem um lugar privilegiado na RPb, constituindo parte importante da Reforma e até mesmo caracterizando ou imprimindo uma forte marca nesta *clínica*, há um importante atravessamento da *linha que dá audibilidade à dimensão clínica/técnica*, tanto naquelas experiências que tendem mais fortemente à vibração terapêutica, quanto nas que pendem para outras vibrações, mas que acabam também por produzir efeitos terapêuticos.

A música, ao lado das artes na clínica da Saúde Mental Coletiva, representaria um campo de experimentação, criação e de ampliação da clínica, um espaço que permite “um exercício menos estigmatizante/estigmatizado das estranhezas, (...) as fronteiras entre o normal-anormal se esboroam, criam uma mistura” (SANDER, 2010, p.386).

Ao mesmo tempo a RPb requereria essa mistura, a oficina terapêutica e a prática musicoterapêutica baseada em métodos como o da psicanálise e.g., (HAINZ e COSTA-ROSA 2009; MEDEIROS E CANDAL, 2010a e 2010b; RIBEIRO, 2007), vai se alicerçar na criação de hipóteses sobre a estrutura psíquica dos sujeitos do sofrimento psíquico, como um critério para a organização de sua oferta, seja para misturar ou para dividir os grupos a partir das

noções de grave, moderado e leve ou neuróticos e psicóticos, dentre outros, o que dá audibilidade à dimensão clínico-terapêutica no que toca ao manejo do profissional.

Mas com a música, essas características mais tradicionais da clínica são atravessadas por linhas de fuga que reinventam, movimentam e ampliam a clínica, tomando por base os acontecimentos das oficinas – por exemplo, os grupos musicoterapêuticos de Peixoto (2007), em que neuróticos e psicóticos se misturam no grupo formando uma *heterogênesse* e as oficinas musicais de Hainz e Costa-Rosa (2009) e Galletti (2001), em que os terapeutas se questionaram sobre suas práticas, reorganizaram a sua escuta e seu posicionamento perante as demandas dos participantes do grupo. Isso dá audibilidade ao discurso da inovação na dimensão teórico-técnica da RPb – das contribuições que as práticas musicais, tanto das oficinas, quanto das atividades de musicoterapia dão à clínica da RPb, de produção do novo, de novas formas de trabalho na Atenção Psicossocial e de novos vetores de existencialização dos sujeitos.

A música na musicoterapia e em uma oficina terapêutica poderia ser tomada como intercessor para a clínica, como ferramenta que auxiliaria na relação entre paciente e terapeuta, como mediador comunicacional dentre outros. Essas funções que a música assumiria nas práticas a define como terapêutica, quando a considera como mobilizadora de associação e expressão de sentidos, de processos subjetivos e de grupalização. Deve-se atentar ao fato de que, no trabalho grupal em si, estabelecem-se diferentes conexões entre as pessoas e seus modos de existencialização. Tais conexões tornam possíveis processos inerentes às atividades grupais, como por exemplo, a possibilidade de haver produção coletiva de sentido *singularizado*, ou seja, produção de algo em grupo que pode ser tanto apropriado de forma individual como coletiva, simultaneamente (PRATTA e COSTA-ROSA, 2011). Além disso, a própria amplitude de propagação de sentidos que a música produziria, tanto para um sujeito quanto para um coletivo, deixa escapar outras vibrações. Se há um grupo com uma multiplicidade de subjetividades que são ouvidas e estimuladas à produção autônoma de sentidos, possivelmente, haverá produção de modos de subjetivação mais heterogêneos que serão atravessados por muitas linhas de audibilidade. Até nas experiências em que está mais evidente a transformação cultural, a comunicação, a inclusão sociocultural, é audível também a dimensão da clínica.

A potência disruptiva da música, todavia, se incorporada à clínica e à política da RPb, pode ser neutralizada por essa delimitação técnica da prática. Ocorre que a entrada da música em um território “codificado e controlado como o da saúde mental” (SANDER, 2010, p.386) pode restringir este agenciamento. Devemos ficar “atentos a uma certa “moda” oficineira e

oficinante, como panaceia para todos os males da saúde mental. Também é necessário que atentemos para que ‘A Arte’ não vire aí mais uma grife chique a emprestar credibilidade (e modernidade) a práticas absolutamente esvaziadas de vida” (id., p.386, grifos do autor). É aí que as linhas de audibilidade à clínica e à estética se cruzam.

Além desse ponto de cruzamento de linhas, há outro – o da noção de subjetividade, pensada pela clínica da RPb e pela estética: elas defendem a indiscernibilidade entre o normal-anormal e louco-são, desconstruindo estas divisões como verdadeiras. Tal crítica já era feita pela arte em seu horizonte estético – de realocar valores e avaliações sociais, de não usar como crivo o normal e o comum (SANDER, 2010). Como vimos nas características da música moderna, o uso de técnicas composicionais que se fizessem ouvir pelas subjetividades dos ouvintes, lançava mão de sonoridades ruidosas, dissonantes e, muitas vezes, desagradáveis a um ouvido que aprecia a beleza e consonância da composição dentro da “normalidade” harmônica, melódica e rítmica de uma música mais “clássica”. Os artistas modernos, inclusive, foram comparados aos loucos, por conta da ousadia de sua produção. Paralelamente, loucos produziam a sua arte e, especialmente as suas artes plásticas, foram comparadas às dos artistas modernos. Tomamos aqui a música moderna como exemplo, não somente pelo fato de historicamente coincidir sua insurgência com o início da utilização da música nos manicômios brasileiros, mas pelas suas características estilísticas, que podem ser associadas às características composicionais e de improviso da “música dos loucos”. Ressaltamos que este foi um recorte necessário para esta dissertação, foi uma escolha teórica. Todavia, a música moderna não é a única que possui características mais ampliadas e abertas à criação que podem ser associadas à “música dos loucos”, quando se trata do campo estético.

Embora tenhamos feito essa breve incursão no campo estético, não entraremos no mérito de comparar a estética de produção da música dos loucos com a música dos não-loucos neste trabalho, uma vez que, essa divisão entre loucura e sanidade não é para nós um verdadeiro problema, mas uma realidade produzida. Isso por que ela foi artificialmente fabricada pela história, para responder a determinadas demandas econômicas e sociais de uma época. Porém, isso não nos impede de nos perguntar se a música dos “loucos” possuiria uma estética própria dentro do campo filosófico e artístico, o que poderá vir a ser questões para estudos futuros. Além disso, a partir do CD em anexo, se pode notar composições e execuções musicais de qualidade estética variável, de acordo com as particularidades de cada prática, das condições instrumentais e estruturais em que as músicas foram executadas e gravadas e da nossa disponibilidade de acesso às músicas e/ou a áudios de vídeos da internet. Porém, não podemos ignorar o fato de que as músicas dos sujeitos que participam das atividades musicais

no contexto da RPb: oficinas e grupos de musicoterapia, bandas e grupos, corais, cantores solos e blocos carnavalescos; têm suas singularidades, como por exemplo, os temas abordados nas letras que, em geral, remetem à temática da luta antimanicomial, medicalização, exclusão social da loucura dentre outros.

Aqui, em alguns momentos, as linhas de audibilidade à dimensão clínica e à dimensão estética estão grudadas, indiferenciadas, como podemos ver na experiência do Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado (WANDERLEY, 2011). E ainda pode incorporar outras linhas, como a de audibilidade à dimensão sociocultural, que ouvimos nas experiências relatadas sobre a oficina Música & Cultura (SANTOS e FERNANDES, 2010), do grupo Trem Tan-Tan (TOMAZ, 2010, p.27), do Coral Cênico Cidadãos Cantantes (MALUF, 2005; SILVA, 2012), do grupo Harmonia Enlouquece (CALICCHIO, 2007; SQUIZZATTO JUNIOR; RUMIM, 2013; SIQUEIRA-SILVA; MORAES; NUNES, 2011; SIQUEIRA-SILVA, 2007) dentre outras. Isso devido ao plano de composição das práticas musicais (como teia) acontecer no processo da atividade, conforme os desejos, as demandas e as necessidades psicossociais de seus componentes, o que não permite que

a clínica (...) [fique] de um lado e a cultura de outro, como se a arte não fosse ela mesma e a um só tempo crítica e clínica, como se a arte não fosse ela mesma um dispositivo, como se o olhar de um diretor de teatro, a escuta de um músico, não fossem, na sua exterioridade em relação ao campo clínico tradicional, e na possibilidade de assistirem a nascimentos que nosso olhar viciado abortaria, poderosamente clínica, e no mais alto grau... (Pelbart, 1998a, p. 68).

As práticas musicais no contexto da RPb, abertas à conexão com o campo da cultura e estética, utiliza da música como intermediário terapêutico (GALLETTI, 2001), mantendo uma junção entre um campo e outro. Galletti (2001, p.110) nos alerta que nessa utilização

corre-se o risco de despotencializar a criação artística principalmente quando um domínio é submetido ao outro. (...) Meu propósito é salientar que o dispositivo oficinas no campo da saúde mental deveria ser utilizado como um “intercessor no terapêutico” e não um “instrumento de terapia”. Conforme explica Deleuze, um campo ou um domínio sempre precisará fabricar seus intercessores para se exprimir, quer dizer, ele entra em relação de ressonância com outros domínios porque isso é intrínseco ao seu movimento. Mas a potência do intercessor está no fato de ele interceder, percutir, ressoar, ecoar em um certo campo sem retirá-lo do seu próprio caminho (id., 2001).

Porém, algumas destas atividades relatadas (MALUF, 2005; TULLIO e NASCIMENTO, 2012; se preocupariam com o impacto no público, nos domínios educativo, estético e político, formando uma junção de linhas na teia. Algumas reverberações que podemos extrair do impacto da apresentação no público, nesse caso, visaria à transformação

cultural de quem ouve e também à aprendizagem de um novo paradigma, o Psicossocial, além da desconstrução do pensamento hegemônico baseado no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013); de que um sujeito em sofrimento psíquico não possa falar, cantar/tocar/emitir, enfim, fazer e pensar qualquer coisa por si mesmo, ou mesmo, de viver em sociedade e a experimentar sua crise amparada no/pelo social. No entanto, vemos também a experiência do “Doidodum” (TULLIO e NASCIMENTO, 2012), em que o grupo foi criado para apresentações em público, como oferta aos internos de um hospital que recebiam alta. Por que essa obrigatoriedade em inserir ex-internados em um grupo que *deveria* se apresentar?

A linha de audibilidade à dimensão expressiva, estética e artística se daria na micropolítica da linguagem musical que é produzida, da qualidade estética da criação como contribuição social, da produção de arte que entra no circuito cultural, do objetivo de tocar as pessoas na sua sensibilidade estética. Na linha de audibilidade à dimensão estética, expressiva e artística, uma das considerações a ser ouvida é a do objetivo final do processo de produção da atividade. Nas experiências de Frei (2003; 2010; 2012), um dos objetivos era o de oferecer um lugar para a criação sonora e subjetiva por parte dos participantes e, simultaneamente, ofertar a ampliação do repertório musical e sonoro, da paisagem sonora do sujeito e do coletivo.

Em outras experiências, o que se sobressai dentre os objetivos, é a inclusão social pela via da música e das apresentações em público. Nos relatos de Frei (id.), se aborda a dimensão dos sintomas psicóticos – alucinações auditivas, por exemplo –, como potencial de criação de novos modos de subjetivação. O autor nega a perspectiva hegemônica da crise como impossível com qualquer coisa que não seja pelas respostas do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador (COSTA-ROSA, 2013), ou seja, como algo a ser reprimida pela medicação, calada por ações corretivas e adaptacionistas e excluída como possibilidade de criação. Frei (2012) afirma a crise como positividade trágica, como ação do sujeito de ruptura radical com um sintoma outrora silenciado, que poderia compor com a arte para produzir uma saída. Para um sujeito que ouve vozes e sons que outros sujeitos não escutam, a música e a exploração da paisagem sonora presentes na concretude da realidade poderiam oferecer um meio importante de diferenciação e de produção de simbolização. Tal proposta traria uma contribuição inovadora no aspecto do manejo, da teoria e da técnica na clínica da RPb que se utiliza da música, tornando mais rica de sentido a linha de audibilidade à dimensão clínica.

As práticas musicais no contexto da RPb também dão *audibilidade à dimensão comunicacional, sociocultural e política* no que tocaria ao campo da comunicação, o que incluiria as sonoridades produzidas pelas rádios e webrádios: os sujeitos-locutores adentram o universo do radialista como comunicador – jornalístico, informativo, educativo e outros. Nesse ponto, a linha de audibilidade à dimensão de comunicação, sociocultural e política é atravessada pela linha de audibilidade à dimensão expressiva, já que explorariam o trabalho artístico do radialista desempenha, no âmbito humorístico, criativo e poético; bem como pela linha de audibilidade à dimensão educativa, uma vez que a prática nas rádios, de acordo com as experiências que vimos, constituiria também momentos de formação profissional para os sujeitos-locutores, como se pode perceber na experiência da Webrádio Revolução/RJ, em que realizar o curso de locução foi adotado como requisito para a participação das atividades da rádio. A linha de audibilidade à dimensão de comunicação, sociocultural e política; que se faz ouvir nas atividades dos corais, grupos, bandas e rádios têm um papel macropolítico importante: o de levar uma mensagem às pessoas que ouvem as rádios e demais modalidades, o objetivo é dar um recado, comunicar algo que pode ser transformador ou reprodutor cultural.

Já na linha de audibilidade à dimensão educativo-pedagógica, se poderia fazer ouvir pelo menos duas reverberações diferentes. A primeira, da prática pedagógica junto aos participantes das atividades – para formação profissional, como a rádio citada; para musicalização, segundo a experiência do grupo Sapato e Meia (GALLETTI, 2001), para oferta de aprendizagem musical de instrumentos (MARTINS et al., 2010; LEANDRO et.al., 2010), para criação de grupos e aprimoramento dos saberes musicais “Grupo Vocal Esperança”. A segunda, da prática educacional voltada ao público, no sentido de se dar ao conhecimento do público, o que é atravessado pela dimensão de divulgação, que se movimenta no campo da comunicação e da política inclusiva – da linha de audibilidade à dimensão comunicacional, sociocultural e política.

Os ouvintes das canções, composições, transmissões e demais formas de emissão sonoras das práticas musicais em questão, são convidados a entrar em um universo que talvez lhes seja desconhecido – do hospital psiquiátrico, da experiência de sofrimento psíquico, da luta antimanicomial, da RPb e outros temas correlatos. Tal encontro entre a sonoridade e os ouvidos do público é passível de criação de uma diversidade de sentidos, dentre eles, os que nos são audíveis; da produção de saberes e reflexões sobre temas como o sofrimento psíquico, a medicalização e a exclusão social; de fruição estética das sonoridades dentre outras.

A linha de audibilidade à dimensão sociocultural foi percebida a partir de alguns discursos que justificam o aparecimento e a sustentação dos grupos e oficinas, bandas, corais, blocos carnavalescos e rádios no contexto da RPb. Ouvimos principalmente os discursos da inclusão, da convivência social e da sociabilização, além da divulgação e das práticas como instrumentos de exercício da política e da cidadania, que ressoam em grande parte dos relatos. Na utilização da música como instrumento para criar ambiência e mobilizar o coletivo (MEDEIROS E CANDAL, 2010a e 2010b; CIAVATTA, 2010), nos efeitos sociabilizadores produzidos pela atividade musical (SANTOS e LOMBARDO, 2010), da música como promotora de inclusão, como se fez ouvir nos relatos de grande parte das experiências – dos Cancioneiros do IPUB, da música como atividade de socialização e recreação, como é o caso do Projeto “Loucos em Cantos” (GUIMARÃES, 2010).

Nos blocos carnavalescos e nas experiências de rádio em geral, escutamos a presença marcante da linha de audibilidade à dimensão comunicativa, sociocultural e política. Além disso, a maioria dos blocos reúne vários serviços de Saúde Mental Coletiva de seu território/região, o que dá ainda mais audibilidade à sociabilização e, que se cruza com a linha de audibilidade à transdisciplinaridade, em seu sentido intersetorial, como é o caso, e.g. do Coletivo Carnavalesco “Tá pirando, pirado, pirou!” (ALMEIDA, 2009; XISTO, 2012); do Bloco Unidos do Candinho, do Cordão carnavalesco Bibitantã (REINHEIMER, 2010) e do Bloco “Loucura Suburbana” (MACHADO, 2010), sendo que esta última tem contado com ampla participação popular. Nas rádios do contexto da RPb, a experiência inaugural da Rádio TAMTAM (NICÁCIO, 1994), tem forte influência da desinstitucionalização, e por isso, faz ouvir como a um brado ou um grito de manifestação política, esta linha de audibilidade à dimensão sociocultural e comunicacional.

O Programa Ondas Paranóicas na Rádio Cala-Boca Já Morreu (LOPES-LIMA, 2009) a Rádio Maluco Beleza (FACHINI e ROLDÃO, 2008; a Rádio da Gente (HAYNE, 2004); a Rádio De perto ninguém é normal/RS (MELLO, 2011); a Rádio Papo Cabeça (MELLO, 2001); o Coletivo da Rádio Potência Mental (GORCZEVSKI et. al., 2009, p.01) e a Webrádio Revolução/RJ (FORTUNA, 2013), possuem as especificidades de cada prática e de cada grupo, das subjetividades singulares que os compõe. No entanto, em todos eles, conseguimos ouvir uma linha de sentido que os faz convergir em uma mesma onda – a do desejo dos sujeitos em sofrimento psíquico de acessar a cultura e ser incluído na sociedade pela via da comunicação; e a da necessidade de divulgar a proposta da Luta Antimanicomial e da RPb para que seu desejo se efetive concretamente.

Uma discussão interessante sobre isso, que retoma nosso emaranhado de linhas de audibilidade da clínica, estética e sociocultural, está nos relatos das experiências do Coral Cênico Cidadãos Cantantes (MALUF, 2005; SILVA, 2012). Os autores se indagam sobre algumas questões pertinentes: não seria a valorização do trabalho artístico um movimento que poderia colocar em risco o aspecto terapêutico? O que seria mais importante, a convivência ou a realização da tarefa, o vínculo com a política pública ou a autonomia?

Em relação a estas questões, Maluf (2005) defende que a valorização do trabalho artístico e a questão terapêutica envolvida não seriam situações opostas, mas campos de ambivalência sobre os quais seria necessário transitar. Da mesma maneira, a valorização da convivência poderia resultar na precarização dos objetivos relacionados à aprendizagem e a estética, valorizar o aspecto terapêutico poderia também, por outro lado, empobrecer a técnica de produção almejada por alguns sujeitos. Nesse sentido, a característica de ambivalência sempre será um fator que se encontra presente quando tenta-se dar enfoque a valorização da heterogeneidade constitutiva de um grupo, caso contrário ocorreria um movimento em que, conforme pode ser observado em Galletti (2004 apud. MALUF, 2005), ao relatar sobre sua experiência num CECCO, quanto mais organizada seria a atividade em torno de uma ‘terapêuticidade’, mais o público se tornaria homogeneamente composto por usuários de ‘serviços de saúde mental’.

Pontuado este atravessamento entre as linhas de audibilidade à dimensão estética e expressiva, à dimensão educativa e a que chamamos de linha de audibilidade à dimensão sociocultural e política, acrescentamos que, por meio da audição das sonoridades dessa “paisagem sonora psicossocial”, a linha de audibilidade à dimensão estética agrega, ao ouvinte, experiências culturais que não estão propriamente no campo das artes, mas em um “entre” campos, ou ainda, um campo transversal e, portanto, atravessado por mais uma linha – a da audibilidade à dimensão da transversalidade.

A linha de audibilidade à transversalidade articula-se à intersetorialidade, à inter/transdisciplinaridade, com a processualidade da prática e com a subjetividade e singularização, uma vez que é uma linha que se movimenta a partir dos próprios movimentos dos sujeitos que compõem as práticas. O grupo que mistura musicoterapia com dança circular grupalidade (LEONARDI e PEDRÃO, 2012, p.169); a proposta de trabalho processual, que aborda a questão da intersetorialidade, da instituição e do modo como sujeito habita seu território cultural e social (MACHADO, 2010); o grupo de Frei (2012) e Buelau (2012), em que se combinam a percepção da paisagem sonora com exercícios corporais – todos estes

trabalhos tornam audíveis algumas características que citamos como sendo da linha de audibilidade à dimensão transversalidade.

A trajetória do grupo “Mágicos do Som” (SILVA, 2007)), que inicia na terapêutica, depois se desdobra na sociabilidade e se lança ao campo da cultura traz uma perspectiva do trajeto transdisciplinar e transversal da processualidade da prática musical. O grupo “Coletivo da Música” (CALSANI et. al., 2010), nasceu da necessidade de estabelecer uma prática intersetorial/interinstitucional e respondeu à ela com uma atividade musical em rede – novamente, fica audível à dimensão da transversalidade. O grupo “Sapato e Meia”, foi se constituindo no processo do grupo, fazendo reverberar várias linhas, o que também torna audível a transversalização da prática. Portanto, podemos dizer que a maioria das experiências reverberam sonoridades transversais, porém, algumas atividades a tornam audíveis com ainda mais volume que outras. Isso por que estas últimas demonstram o processo de formação de suas linhas, que se constituem na processualidade da prática musical, ou seja, não são pelos fatos dados e ocorridos nas atividades, não pelos projetos iniciais que formatavam as atividades, mas nos acontecimentos.

Mas há ainda uma linha mais transversal que a linha de audibilidade à dimensão da transversalidade. Pensando em um dispositivo, uma linha que atravessaria todas as linhas de audibilidade que citamos, é a linha de subjetivação além de outras linhas. Toda arte, assim como a música, oferece uma possibilidade de subjetivação por meio da escuta, produção, composição e reprodução de músicas conhecidas ou novas, que permitem a improvisação sobre elas, de forma que não se constitua uma nova e fixa identificação, e sim o espaço para a criação, uma falta de sentido, que desestabiliza identidades que poderia extrair o sujeito de sua condição de doente mental, ou de artista-louco, o que implica no seu não reconhecimento como artista apenas, mas como qualquer outro sujeito que trabalhe com arte, um artista, cuja as características subjetivas sejam anônimas.

Este sujeito em sofrimento psíquico, que pede ajuda nos serviços de saúde mental, já chega com uma pré-concepção de si como sendo um doente. Percebemos que a prática musical, independente dos objetivos a que ela se propõe, pode permitir a esse sujeito construir-se como artista e fazer da própria vida uma obra de arte, o que se daria pelas práticas de si ou cuidado de si (FOUCAULT, 2003), podem assumir uma forma cultural como o prazer pela música; ou as artes de si mesmo e de construir um si mesmo para além dos saberes e poderes, que significam e modelam o sujeito e que podem encontrar nos meios artístico-críticos uma forma de expressão.

CONSIDERAÇÕES SOBRE UMA TEIA SEM COMEÇO NEM FIM¹⁰³

*Minha música não quer ser útil
 Não quer ser moda, não quer estar certa...
 Minha música não quer ser bela
 Não quer ser má,
 minha música não quer nascer pronta...
 Minha música não quer redimir mágoas
 Nem dividir águas, não quer traduzir
 Não quer protestar...
 Minha música não quer me pertencer
 Não quer ser sucesso, não quer ser reflexo
 Não quer revelar nada...
 Minha música não quer ser sujeito
 Não quer ser história
 Não quer ser resposta
 Não quer perguntar...
 Minha música quer estar além do gosto
 Não quer ter rosto, não quer ser cultura...
 Minha música quer ser de categoria nenhuma
 Minha música quer só ser música
 Minha música não quer pouco...
 Adriana Calcanhoto, Minha Música*

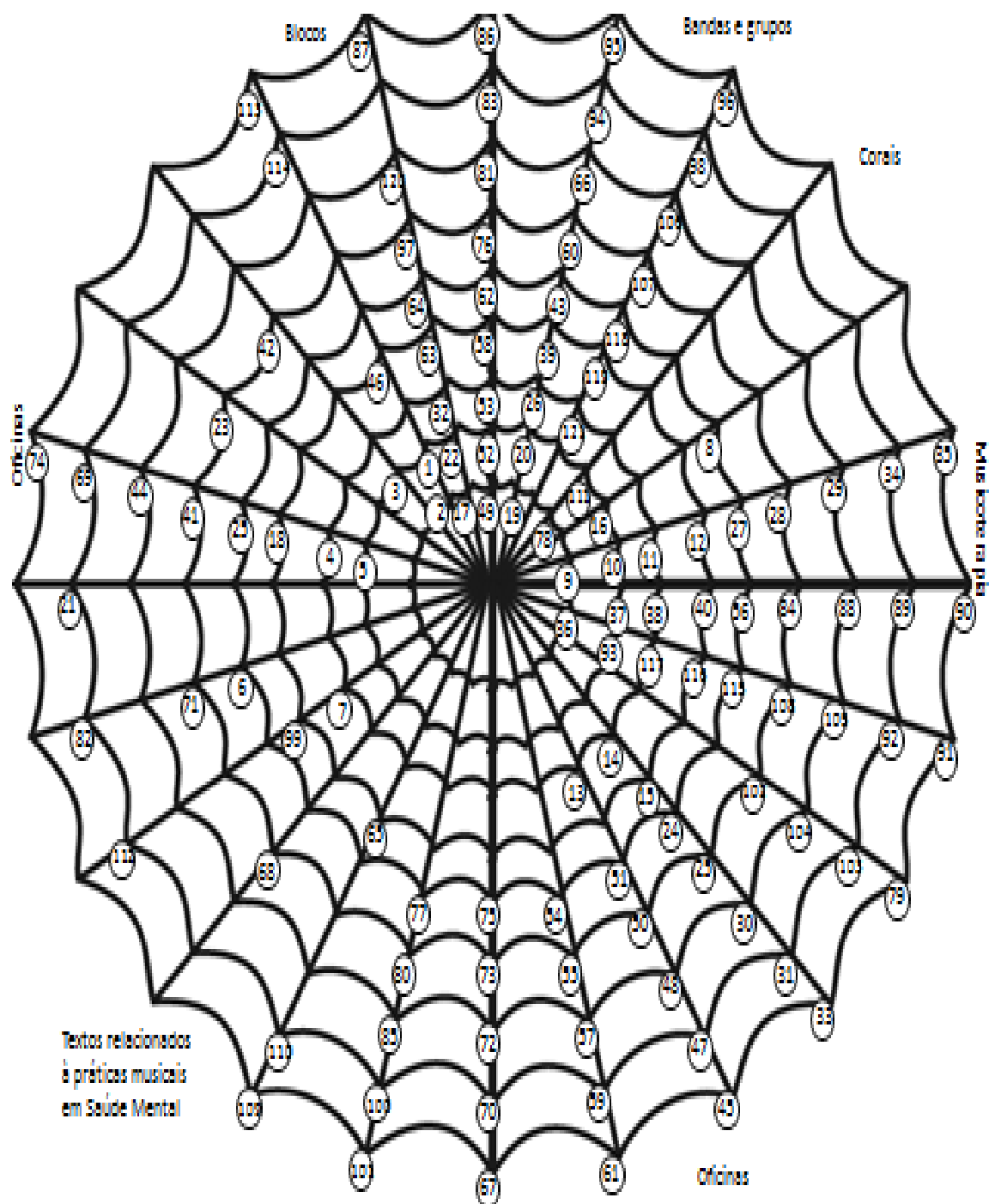
1. O Arquivo-teia

Apresentamos uma imagem que possibilite visualizar o Arquivo-teia. A numeração que antecede algumas das referências bibliográficas serve como legenda para o desenho do Arquivo-Teia. Os textos foram numerados em ordem alfabética e crescente, porém, com uma lógica própria que não é necessariamente hierárquica, para que se mantenha coerente com a proposta metodológica de não hierarquização do arquivo, mas de valorização da produção textual em sua dispersão própria à organização de uma teia, como se poderá ver disposto na imagem do Arquivo-Teia.

Nas Referências Bibliográficas, aparece uma numeração entre parênteses antes da citação, por exemplo (1). A lógica do arquivo é a das numerações se encontrarem próximas na imagem da Teia. À guisa de ilustração, o número (4) possibilitou que o texto (5) fosse encontrado. Os textos apenas numerados significam que foram a principal fonte para a busca de outros. Os textos não numerados foram encontrados por busca direta – utilizando nomes dos autores, da obra ou do tema – a partir de indicações da orientação, da banca de qualificação, de disciplinas realizadas e outros meios. No entanto, não entraram na composição das Referências e da figura do Arquivo-Teia por não falarem diretamente sobre as Práticas Musicais em Saúde Mental.

¹⁰³ “Fim” na sua ambiguidade de sentidos, como finalidade e conclusão.

Imagem VII. Arquivo-Teia



Fonte: Página Freebievectors¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Disponível em: <http://www.freebievectors.com/pt/imagem/86173/aranhas-web-clip-art-yopy/>, acesso em 10 de setembro de 2013.

2. Um tema agregador - Arte e Saúde Mental

Segundo pesquisa realizada por Amarante et. al. (2012) a respeito de atividades artístico-culturais desenvolvidas em serviços e instituições de Saúde Mental por todo o Brasil, grande parte das cerca de 410 experiências identificadas se constituíram por atividades relacionadas à música. Ainda conforme o estudo destes autores, embora pouco abordada quando comparada as artes plásticas, as experiências com música ocupariam a terceira posição de práticas artísticas em Saúde Mental realizadas no Brasil, num âmbito geral, o que indicaria que ainda há muito a ser explorado em tal campo no referido contexto.

No que diz respeito a produções teóricas referentes à temática da arte e Saúde Mental, notamos que houve uma significativa quantidade de material publicado e apresentado em congressos, encontros e eventos na área da saúde. Entretanto, as publicações de *visibilidade e audibilidade* nacional e que se tornariam referência na área ainda seriam muito escassas (AMARANTE et al., 2012). Dentre estas publicações de relevância nacional, há algumas obras bastante utilizadas em discussões sobre o tema das oficinas artísticas em saúde mental, tais como os trabalhos de Lima (1997; 2009a; 2009b) e Galletti (2001)¹⁰⁵. O trabalho destas autoras se dirige ao tema das oficinas em geral, mas tratam em algumas passagens de seus textos, trechos que abordariam diretamente a questão sobre as experiências com música na Saúde Mental. Outro processo a ser observado é a realização de eventos que possibilitariam a troca e divulgação de experiências de oficinas em saúde mental, e que, em consequência, resultaram em novas produções teóricas. Por exemplo, é o caso do livro “Fim de século: ainda Manicômios?”, que se construiu a partir de um simpósio de mesmo nome. Tal publicação promoveu o debate sobre algumas experiências, inclusive musicais, nos anos de implementação das políticas substitutivas aos manicômios e é citado em diversos trabalhos que tratam da interface Arte-Saúde Mental.

O III Congresso Brasileiro de Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) realizado em 2012 em Fortaleza é outro exemplo desse processo de produção teórica resultante de eventos. A partir deste congresso foram confeccionados livros e CDs como o intitulado “Saúde Mental e Arte: Práticas, saberes e debates” (AMARANTE; NOCAM, 2012), cujo conteúdo remeteria também a ideias e experiências expostas anteriormente no II Congresso Brasileiro de Saúde Mental¹⁰⁶; o livro “Heterogênesse, Saúde Mental e Transcomposições” (PEIXOTO, 2007) resultante de discussões elaboradas a partir

¹⁰⁶ Ocorrido em 2010 no Rio de Janeiro, no evento houve ampla exploração do tema das artes relacionadas à Saúde Mental, o que suscitou e possibilitou a organização deste livro. Nele estão discussões sobre o campo sociocultural e do âmbito artístico da RPB, e alguns capítulos relatam especificamente experiências com música.

de sua dissertação de Mestrado; além dos CDs da banda “Harmonia Enlouquece” e do movimento “Heterogênese Urbana”, produções recentes no campo da arte e da música em Saúde Mental. Outra experiência similar ocorreu a partir dos “Encontros de Arte & Saúde Mental” realizados em diferentes municípios brasileiros, em que alguns dos participantes abordaram a temática da música. A partir das discussões realizadas nas quatro edições deste evento, foi publicado o livro “A sabedoria que a gente não sabe” (MELO e FERREIRA, 2011), da coleção “Arte e Saúde Mental”, e que apresentaria alguns capítulos cuja abordagem remeteria a vivências com a música.

Todos estes livros que citamos foram consultados como material bibliográfico para este presente trabalho. Porém, o que os difere dos outros livros utilizados é não apenas a especificidade com que trata o tema da música na Reforma Psiquiátrica brasileira, mas o fato de terem se constituído por um processo similar, ou seja, como resultado de eventos da área, o que se apresentou para nós como conteúdo a ser vislumbrado como uma característica agregadora da produção teórica sobre o tema.

3. Um tema “em dispersão”: Música e Saúde Mental

Apesar das leis instituídas no Brasil por meio das portarias ministeriais 189/91 e 224/92, que relatam sobre o funcionamento e financiamento dos serviços de Saúde Mental e aprovam várias modalidades de procedimentos e ofertas na Atenção Psicossocial e, dentre elas, as oficinas terapêuticas, observa-se que a produção acadêmica em termos de publicações acerca das especificidades da música no âmbito da Saúde Mental Coletiva seria relativamente pequena.

A prática de oficinas que se utilizam da música, em termos amplos, no processo de Atenção Psicossocial se apresenta com muita frequência no cotidiano dos estabelecimentos de Saúde Mental no Brasil; entretanto, o número de profissionais e/ou estudiosos que teorizaram ou publicaram algo sobre tais práticas é exíguo. Não obstante, tais estudos em termos estritos não seriam a única forma de acesso a esta temática. Além dos discursos e saberes não legitimados pela academia que circulam nas mais diversas esferas do social, haveria também um relativo número de publicações a partir de relatos de experiência, publicados no formato de resumos, resumos expandidos e trabalhos completos em anais de eventos diversos, assim como os publicados em artigos de revistas não especializadas e sites de temática variada, que não se restringem à discussão teórica.

Um exemplo disso foi um levantamento que fizemos na programação de um evento acadêmico do qual participamos no curso dessa pesquisa. No III Congresso Brasileiro de Saúde Mental da ABRASME, ocorrido em 2012, nas sessões de apresentações orais encontra-se um número considerável de trabalhos que tratam do tema da música, mas que não puderam ser abordados nesta dissertação, uma vez que os anais deste evento ainda não foram publicados. Para dar visibilidade/audibilidade a estas apresentações orais do evento citado e que dão um panorama desta produção atual, citamos: “A música como forma de cuidado em saúde mental: um levantamento bibliográfico” de Sara Giubilei Santos, “Reabilitação psicossocial: Programa de rádio do Caps Conviver - Rio Grande” de Bianca da Rocha Hameister; “Arteterapia, música e teatro do oprimido: Relato de uma experiência de Psicologia Social no Caps III” de Jacqueline Ramos Loureiro Marinho; “A Musicoterapia na Promoção da Saúde Mental do idoso institucionalizado: relato de experiência” de Maria Auxiliadora Resende Sampaio; “Musicoterapia: as diferentes formas de intervenção terapêutica” de Tiago de Sousa Barros; “A Luta Antimanicomial mineira: Análise histórica dos sambas enredo do “18 de maio” mineiro” de Áquila Bruno Miranda; “Da recreação à cidadania: implicações da participação de usuários e trabalhadores da rede de saúde mental de Maracanaú no bloco “Doido é tu” – carnaval 2012” de Juliano Moura da Cruz Soares; “O uso psicológico da música na saúde mental em contexto biopolítico” de Tânia Marques Cardoso; “Projeto Cidadãos Cantantes: inventando encontros de diferença e sensibilidade no centro da cidade de São Paulo” de Juliana Araújo Silva; “(En)cantando na saúde mental: Profeta Gentileza em som, percepção e afeto” de Renally Cristine Cardoso Lucas; “O processo de criação musical da Banda Lokonaboa” de Daniel Barboza Salvador; “Radio Estação Caps: A rádio que faz a sua cabeça” de Maria Emília de Souza e Silva; “Música, linguagem universal promovendo saúde mental e aproximação do território e da diversidade” de Janaína Pereira Ricardo e “Sistema Nervoso Alterado: uma experiência de trabalho de diversidade cultural e desinstitucionalização em território da saúde mental” de Pedro Mattos Beranger.

Como podemos notar a partir desses trabalhos e em relação às produções textuais sobre o tema Música-Saúde Mental em geral, um dos problemas encontrados foi a ausência dos termos “Música” e “Saúde Mental” nos títulos ou na adoção daqueles como descritores ou palavras-chave no decorrer das pesquisas, o que trouxe dificuldades na seleção da produção por um tema em comum. A temática da Música e Saúde Mental, portanto, ainda se encontraria dispersa em termos de localização e articulação de suas produções teóricas, de modo que, existiriam inclusive inúmeras publicações de autores com propostas afins, mas que pouco teriam dialogado entre si. O fato de ocorrer tal dispersão e repetição de temas, não

significa que se trata de uma mera repetição do mesmo, pois apesar de não terem sido articulados diretamente entre si possibilitando novos debates e produções, tais textos geralmente apresentariam peculiaridades imanentes às contribuições locais e regionais de distintas épocas, o que contribuiria para a diversidade na produção de sentidos sobre essas práticas.

Várias tentativas em articular as produções teóricas têm sido realizadas por autores tais como Nacam e Amarante (2012), Melo e Ferreira (2011), Oliveira e Melo, (2009)¹⁰⁷, além de diversos trabalhos que abordam mais especificamente o estado da arte da música nas práticas em Saúde Mental têm sido feitos, o que lança luz sobre a evolução deste tema e do estudo sobre o tema no decorrer do tempo, como pode-se observar em Cardoso, Ribeiro, Conceição e Luzio (2009), assim como em Fernandes e outros autores (FERNANDES et. al., 2010).

Em pesquisa realizada em bases de dados eletrônicas disponíveis em Universidades, a busca por textos cujos termos “Saúde mental” e “Música” fossem descritores de publicações dentro do período de uma década (entre 1998 e 2008), foram encontrados alguns trabalhos que descreviam práticas diversificadas. Nota-se que apesar de ser realizada a busca dos trabalhos utilizando o termo “Saúde Mental”, nem todas produções encontradas estariam diretamente relacionadas aos princípios da RPb, o que além de mostrar que o número de artigos que realmente relacionaram os termos pesquisados – “Saúde Mental” e “Música” – foram pouco expressivos (CARDOSO et. al., 2009), que isso se reflete na prática e na teoria, ou seja, que há ainda uma divisão entre as concepções de Saúde Mental Coletiva e de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Por isso, para tentar fazer um desenho dessa produção em dispersão/conexão, utilizamos a imagem do Arquivo-teia. Ao consultar as numerações da imagem presentes nas Referências Bibliográficas, que servem como legenda para a imagem referida, é possível detectar a “origem” destes componentes do arquivo, compostos de capítulos de livros, dissertações, teses, artigos, resumos apresentados em congressos e outros eventos, como forma de localizar as fontes de (re)produção de determinados discursos sociais.

As linhas de audibilidade que utilizamos como categorias analíticas do arquivo, buscaram abarcar as perspectivas teóricas, técnicas, éticas, estéticas e políticas das práticas musicais e sonoras na RPb. Além disso, tentamos esquadrihar as formas de trabalho e de

¹⁰⁷ Cf. http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/278.arte%20e%20sa%DAde%20mental.pdf. Para ilustrar, cita-se o trabalho “Arte e Saúde Mental: mapeamento e análise de trabalhos na Região Sudeste”, feito pelos autores Patrícia Fonseca de Oliveira e pelo Prof. Walter Melo Júnior, apresentado no XV Encontro Nacional da ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social – ocorrido na cidade de Maceió em 2009, no eixo temático “Saúde”. O trabalho, que identificou diversas experiências musicais dessa localidade, tem como objetivo final, produzir um catálogo que divulgue as práticas artísticas em Saúde Mental desta região.

dimensionamento das atividades musicais na Saúde Mental Coletiva, em suas características mais amplas e suas particularidades, na mesma medida em que os textos expuseram o processo de suas práticas. Por isso, algumas práticas são apresentadas com maior riqueza de detalhe que outras.

4. “Linhas gerais” sobre o que pudemos ouvir nessa paisagem sonora psicossocial em conexão-dispersão

A tendência desde 1990 do estado neoliberal é a de reduzir investimentos estatais sobre a vida pública, colocando a arte e a saúde em local de disputa por investimento, colocando-os no lugar de um bem de consumo e não de direito e desejo do cidadão. Isto foi reforçado pelo Estado com a lei Paulo Rouanet, por exemplo, que constitui uma forma de privatização da cultura e de controle das ofertas e escolhas de “consumo” de arte ao público, o que tem ajudado a legitimar a música e as artes como objeto de disputa política e financeira. Mas qual a relação disso com a nossa temática?

O que ocorre é que nesse campo de disputa política e econômica, a arte e a vida se separam por completo, ou seja, a arte ocupa o lugar de um objeto externo à vida. Poderíamos ter definido a música como música-vida e/ou música-existência, numa relação indivisível, tal como ela se apresenta no nosso campo, mas isso não se apresentou como viável de se trabalhar em uma dissertação de mestrado. Buscar definições de música, por sua vez, interessaria mais ao campo da estética musical que da psicologia, que é o campo de nosso trabalho. Estrategicamente optamos por não definir a música, para não correr o risco de, mais uma vez, afirma-la como coisa separada da vida. E mesmo quando associada à vida, é quase inevitável que façamos divisões na arte, classificações por funções: aplicada à terapêutica, para fins educacionais dentre outros. Mas, e quanto à arte que não serve para nada? E quanto à prática musical e sonora que não torna audível nenhuma linha de audibilidade?

Se a RPb é entendida como um processo social complexo, as experiências artístico-culturais ocorrem também para provocar a sociedade a repensar a relação consigo mesma, no modo de lidar com a diferença e o “diferente” encarnado na figura do louco. Mas a principal contribuição da arte à Reforma é, a nosso ver, aproximar a arte da existência. Se antes as oficinas tinham por finalidade principal o entretenimento, o trabalho e a ocupação do tempo ocioso com ou sem fins terapêuticos, as oficinas, atualmente são pensadas como “uma forma particular e possível de convivência” (GUERRA, 2008, p.24) e de “construção de si mesmo e do mundo ao seu redor” (LIMA, 1997, p.151). Embora esteja ainda em processo de

construção da teorização sobre oficinas, há muitas práticas sendo realizadas neste sentido, em implantação nos projetos alternativos de Atenção em Saúde Mental Coletiva (GALETTI, 2001) a serem publicadas, lidas e discutidas.

A produção artística na saúde mental tem ganhado grandes espaços, o que pode ser produtivo no campo da potência da vida, mas pode ser também conveniente para o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico e Medicalizador (COSTA-ROSA, 2011) e para o Modo Capitalista de Produção. Por mais inventivo e alternativo que pareçam, as práticas com arte ligadas à saúde não são tão atuais como se pensa, ao menos no que tange especificamente à relação entre Música e Saúde Mental. Como pudemos ver rapidamente nesta relação que antecede as propostas da RPb, se construiu, a partir da ideia de que a “música faz bem à saúde”, “música é boa para tudo” (GUAZINA e TITTONI, 2009), uma diversidade de práticas e saberes disciplinares que se especializaram na tríade música-subjetividade-saúde, constituindo um certo modo do sujeito de se relacionar com a música.

No contexto da Saúde Mental Coletiva e da Atenção Psicossocial, as práticas musicais possuem o grande desafio de “articular a demanda “oficial” do serviço público por ocupação através das oficinas, com a demanda pessoal – que nem sempre existe – de cada paciente por atividades”, correndo o risco de tentar inserir o sujeito, obrigatoriamente, em um “campo normativo pela via do trabalho, da atividade, da arte ou da reabilitação social” (GUERRA, 2008, p.24 e 25). Nesse caso, como afirmar a potência dessas práticas, sem torná-las novos procedimentos que deveriam obrigatoriamente acontecer, à revelia do contexto institucional e do desejo e subjetividade dos trabalhadores e pacientes?

As práticas musicais e sonoras na RPb articulam o cotidiano institucional dos serviços de Saúde Mental Coletiva, utilizadas “nas chamadas oficinas ou laboratórios, visando produções individuais ou grupais, no sentido de possibilitar o acesso a experiências artísticas e criativas e o encontro entre sujeitos” (LIMA, 1997, p. 71), promovendo a abertura ao processamento de simbolização da produção à palavra, permitindo uma clínica que acolhe o estranho da produção subjetiva que “liberta a potência criadora da vida”, e servem de pretexto para criar “um diálogo entre o sujeito e a cultura” (id., p. 71). Mas é preciso combater certa ideia do uso da música na Saúde Mental Coletiva ou das atividades artísticas em geral “como ocupação do tempo ocioso, servindo para tamponar a angústia de terapeutas, funcionários e pacientes. Por parte dos “usuários do serviço”, talvez, uma angústia que surgia da possibilidade de escolha entre várias opções, muitas delas desconhecidas” (LIMA, 1997, p. 79) e por parte da equipe, “uma angústia em ver alguns pacientes deitados nos bancos do jardim, prostrados, sem fazer nada” (id.). São essas as questões que investigamos, no intento

de fazer um arquivo e uma análise das práticas sonoras e musicais na RPb que mostrasse um pouco sobre como as subjetividades são afetadas por estas práticas, em defesa daquilo que o sujeito pode produzir com sua própria escuta, sua música, em uma existência mais musical.

Sendo assim, as produções artísticas e culturais são de fundamental importância na produção de saúde subjetividade, por colocar à disposição “formas de simbolização de experiências de desintegração, ruptura, caos, morte” (LIMA, 1997, p.166. E a música, que particularmente, “é de todos, que percorre o ar pelas ondas do rádio, que toca na vitrolinha do quarto, no alto-falante da quermesse, que toca... toca na singularidade de cada um, remetendo a emoções, fragmentos de uma história particular. Coletiva e particular. Universal e singular. A música está no ar para ser apropriada” (YASUI, 1990 apud. LIMA, 1997). Como diz Pelbart, uma prática musical na RPb não deve ser feita para “fazer bandinha” (PELBART, 1993, p.46), mas para aproveitar os lampejos de singularidades e de subjetivação que os sujeitos produzem a partir da música, da grupalidade, do encontro com o outro:

Não é simples fazer tudo isso e ainda estar atento para as diferenças de tempo individuais, criando certos ritmos, em que uma modalidade temporal possa conectar-se com outra, compor-se, combinar-se, contrapor-se, ressoar, destoar. Não para fazer bandinha, mas para não deixar que, por solidão uma temporalidade morra estrangulada, ou que um paciente sufoque no seu ponto de horror (PELBART, 1993, p. 46).

Deleuze (1999) afirma que o acontecimento não é um acidente, mas é algo que é sinalizado antes de sua ocorrência, e, no caso do ponto trágico em que um sujeito em sofrimento psíquico se encontra, este acontecimento procede. A escuta desse modo de subjetivação, portanto, precisaria ser nômade, compositora e rizomática e a música, nesse caso, auxiliaria nesse processo, uma vez que ela “faz e nos leva a fazer o movimento. Ela garante nossa vizinhança e a multidão de singularidades” (DELEUZE, 1999, p. 53):

É como se a arte musical tivesse dois aspectos, um como dança de moléculas sonoras, revelando a ‘materialidade dos movimentos que costumamos atribuir à alma’, agindo sobre todo o corpo, que ela utiliza como seu próprio palco; mas também um outro como instauração de relações humanas nessa matéria sonora que produz diretamente os afetos que costumam ser explicados pela psicologia (Deleuze, 1999, p. 52).

Trabalhar com sujeitos em sofrimento psíquico é dar condições para a criação de planos de consistência, oferecendo recursos de várias espécies, como a prática musical em Saúde Mental Coletiva, que arrasta os participantes “para um processo de diferenciação, de transmutação, de outramento” (GALLETTI, 2001, p.101).

As práticas sonoras e musicais que se dão na micropolítica, tem potencial macropolítico de produção de sociabilidade, de ação que possibilita a troca interpessoal entre um participante de uma atividade ligada direta ou indiretamente a um serviço de Saúde Mental Coletiva e a comunidade, de construção de uma relação entre saúde subjetividade e corpo social, a partir de outro lugar que não é o da loucura, mas sim o de músico, artista, carnavalesco, radialista, compositor ou mesmo de um anônimo em meio a uma multidão. A noção de doença aqui desaparece para ceder espaço às expressividades, o diagnóstico psicopatológico e a intervenção psiquiátrica-medicamentosa e a redução da complexidade subjetiva e sociocultural à dimensão biológica aqui se apresentam como leituras de um determinado paradigma, mas não como uma forma única de tratamento ou de conhecimento sobre o sujeito.

A prática musical em si pode produzir efeitos terapêuticos, mesmo sendo pensada para reverberar outras dimensões de sentido das ações em saúde que não estão no campo da clínica. Mas essa alteração de percurso só pode ocorrer se o sujeito em sofrimento psíquico for levado em conta, não como objeto da intervenção do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador no princípio da doença-cura. A ética da Atenção Psicossocial, que orienta os CAPS e os demais serviços substitutivos aos manicômios é radicalmente contrária à objetificação do sujeito (COSTA-ROSA, 2006), a “doença” não ocupa o lugar do sujeito, o que não significa que sofrimento psíquico deva ser desconsiderado (CAMPOS, 2001).

Se entendermos que o sujeito encontra-se em um momento de ruptura com um modo de existência anterior ao agravamento de seu sofrimento psíquico, trabalharemos pela produção de ofertas de criação diversificadas para prestar Atenção Psicossocial, ofertas de clínica ampliada, de cultura e arte, interação social, política, de modos de subjetivação. Ofertas capazes de produzir fios, cordas, vibrações, reverberações de sentido que se bifurquem, se encontrem, enrosquem, rompam e recriem, sem começo nem fim definido pela oferta. Uma prática orientada pelo desejo do sujeito, pela sua infinita capacidade de se diferenciar de si, de criar sentidos novos sobre o outro e sobre a realidade, através daquilo que lhe oferecemos e que ele não encontrou em outro lugar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? Outra Travessia, Florianópolis, 2005. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>. Acesso em set. 2013.

(1) A. DE IMPRENSA. Pacientes psiquiátricos põem bloco de carnaval nas ruas de Pirituba. Disponível em <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/fevereiro/pacientes-psiquiatricos-poem-bloco-de-carnaval-nas-ruas-de-pirituba>>, acesso em ago 2013.

(2) ALMEIDA, N. A experiência do coletivo carnavalesco Tá pirando, pirado, pirou!: novos modos de pensar a cultura na saúde mental. *Ciên. Hum. e Soc. em Rev. Seropédica*, v. 31 n.1, jan-jul 113-122, 2009. Disponível em <<http://www.ufrj.br/SEER/index.php?journal=chsr&page=article&op=view&path%5B%5D=764>>, acesso em ago 2013.

AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. RJ: Fiocruz, 1994.

AMARANTE, Paulo. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. (org.). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1998.

(3)_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

(4) AMARANTE, P. & NOCAM, F (orgs.). *Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Zagodoni, 2012.

(5) AMARANTE, P.; FREITAS, F.; NABUCO, E.S.; PANDE, M.R. Da arteterapia nos serviços aos projetos culturais na cidade: a expansão dos projetos artístico-culturais da saúde mental no território. In: AMARANTE, P.; NOCAM, F. *Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Zagodoni, 2012.

(6) AMIN, R.C. *O "Mês das Crianças e dos Loucos": reconstituição da exposição paulista de 1933*. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

(7) ANDRADE, M. *Namoros com a medicina*. Obras completas de Mário de Andrade. Livraria Martins Editora S.A. São Paulo, 1956.

(8) AQUINO, G. B. *Sobre os efeitos da musicoterapia numa instituição de saúde mental de longa permanência: acolhendo as dissonâncias*. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2009.

(9) BARCELLOS, L. R. M. *Cadernos de musicoterapia 1*. Rio de Janeiro: Enelivros, 1992.

(10) _____. *Teorias e Técnicas em Musicoterapia*. UNISUL, Florianópolis: 2002.

(11) _____. *Musicoterapia alguns escritos*. Rio de Janeiro: Enelivros, 2004.

BAREMBLITT, G. *Introdução à Esquizoanálise*. Belo Horizonte: Editora Cultura, 1998.

BASAGLIA, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.

BEHLAU, M.; ZIEMER, R. Psicodinâmica vocal. In: FERREIRA, L. P. (org). *Trabalhando a voz: vários enfoques em fonoaudiologia*. São Paulo: Summus, 1998.

(12) BENENZON, R. *Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal*. São Paulo: Summus, 1988.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, mar/ago, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>>, acesso em outubro de 2012.

(13) BERGOLD, L. B.; ALVIM, N. A. T. Visita musical como uma tecnologia leve de cuidado. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 3, Set. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000300017&lng=en&nrm=iso, acesso em out. 2013.

(14) BOFF, C. M. ; POLI, M. C. C. Reflexões acerca das Oficinas: uma experiência em Oficina de Música no CAPS Cais Mental Centro. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (22. : 2010 out. 18-22 : Porto Alegre, RS). *Livro de resumos*. Porto Alegre, 2010a. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/44896/Resumo_6438.pdf?sequence=1>, acesso em ago 2013.

(15) BOFF, C. M.; POLI, M. C. C. Reflexões acerca das Oficinas: uma experiência em Oficina de Música no CAPS Cais Mental Centro. In: SALÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA (22.: 2010 out. 18-22 : Porto Alegre, RS). *Pôster*. Porto Alegre, 2010b. http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/44896/Poster_6438.pdf?sequence=2

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria no 2391/GM, de 06 de dezembro de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2002.

_____. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3ª ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.

_____. Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

_____. Portaria SNAS No. 189 de 19 de novembro de 1991. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.p. 237- 41.

_____. Catálogo do Edital “Loucos pela Diversidade”. Premiação de 55 iniciativas artístico-culturais no campo da saúde mental produzidas por usuários dos serviços. Brasília, Ministério da Cultura e Fiocruz, 2009.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência a Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da VI Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Secretaria de Assistência a Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília; 2010.

BRASIL/MS. SUS/CNS. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

(16) BRUSCIA, K. E. *Definindo Musicoterapia*. 2.ed. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

BRUNI, J. C. Foucault: o silêncio dos sujeitos. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 1(1): 199-207, 1989.

(17) BRUNOP2010. 14º desfile do Bloco Conspirados abrindo o carnaval de Ouro Preto! Disponível em: <<http://saudementalouropreto.wordpress.com/>>, acesso em ago 2013.

(18) BUELAU, R.M. *Ensaio de delicadeza e ousadia: uma experiência com o corpo na saúde mental*. In: AMARANTE, P. & NOCAM, F. (orgs.). *Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Zagodoni, 2012.

BUNT, L. *Music Therapy na art beyond words*. London: Routledge, 1994.

(19) CALICCHIO, R. R.; *Novas Práticas de Cuidado e Produção de Sentidos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Análise da Experiência do Grupo Harmonia Enlouquece no campo da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública da Associação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

(20) CALSANI, L. P.; SIQUEIRA, J. L. D.; SEI, M. B. Possibilidades da Música no campo da Saúde Mental: História e apontamentos do Coletivo da Música. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 972 e 973). Rio de Janeiro, 2010.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.

(21) CAMPOS, N.L.; KANTORSKIL, L. P. F. Música: abrindo novas fronteiras na prática assistencial de enfermagem em saúde mental. *Revista Enfermagem UERJ*; 16(1): 88-94, jan.-mar. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a14.pdf>>, acesso em ago 2013.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

(22) CÂNDIDO FERREIRA, SERVIÇO DE SAÚDE Dr. O bloco Unidos do Candinho comemora 20 anos de carnaval em Sousas. Disponível em <<http://www.candido.org.br/projetos-institucionais/comunicacao/noticias/527-o-bloco-unidos-do-candinho-comemora-20-anos-de-carnaval-em-sousas>>, acesso em ago. 2013.

(23) CARDOSO, T. M. *A música como expressão da biopotência nos modos de subjetivação da contemporaneidade: um estudo dos conceitos de resistência ao biopoder, por meio da estética da existência relacionada à música*. Relatório Final de Iniciação Científica. Assis, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Mimeo. 2009.

(24) CARDOSO, T.M.; RIBEIRO, F.S.; CONCEIÇÃO, R.G.; LUZIO, C.A. *A Música e Oficinas Artístico-Musicais como instrumento em Saúde Mental: Levantamento em Bases de Dados*. Artigo de conclusão de curso de graduação em Psicologia na Universidade Estadual Paulista – Unesp. Assis, não publicado, 2009.

CARDOSO Jr., H. R. Para que serve uma subjetividade? Foucault, tempo e corpo. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 18, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Ago 2008.

CARVALHO, A.B.; CARDOSO, T.M. Reflexões sobre o Sujeito Rural e a Ruralidade: o Pensamento Urbano da “Pós-modernidade” e a trajetória da Produção Musical de Expressão Rural. *Revista Iluminart do IFSP* V. 1 nº 4 Sertãozinho, Abril de 2010, p.82-91. Disponível em:

<http://www.cefetsp.br/edu/sertaozinho/revista/volumes_antteriores/volume1numero4/ARTIGOS/9.pdf>, acesso em maio de 2010.

(25) CATUNDA, J. & POMPERMAYER, M. *Caixa Preta: desarquitetura da loucura*. In: AMARANTE, P. & NOCAM, F. *Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Zagodoni, 2012.

(26) CAYRES, K. Cancioneiros do IPUB: projeto envolve pacientes que compõem um grupo musical. *Jornal da UFRJ*, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:89_JwsTW4-kJ:www.amtrj.com.br/arquivos/jornalUFRJ.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>, acesso em ago 2013.

(27) CHAGAS, M. Musicoterapia: desafios da interdisciplinaridade entre a modernidade e contemporaneidade. CONGRESSO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM MÚSICA, 14, 2003, Porto Alegre. *Anais... XIV Congresso da ANPPOM*. Porto Alegre, 2003.

(28) CHAGAS, M. Projeto encanto: avaliando a implantação de uma proposta na humanização hospitalar. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM MUSICOTERAPIA, 5., 2004, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Conservatório Brasileiro de Música, Centro Universitário, 2004.

(29) CHAGAS, M.; PEDRO, R. *Processos de subjetivação na música e na clínica em musicoterapia*. 2007. Tese (Doutorado) - Programa EICOS de Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

(30) CHICAYBAN, A. Oficina de expressão e composição musical para pacientes psicóticos no âmbito de hospital-dia. *Jornal Bras. de Psiquiatria*, v.38, 1989.

(31) CIAVATTA, L. Corpo e Som. Caps Lima Barreto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 877). *Anais...* Rio de Janeiro, 2010.

COLI, J. *O que é arte*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1981.

(32) CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. Escola de samba Liberdade Ainda que Tam Tam prepara as alegorias para o Dia da Luta Antimanicomial. CRP – Minas Gerais.

Disponível em: <<http://www.crpmg.org.br/GeraConteudo.asp?materialID=3169>>. Acesso em ago 2013.

(33) COSMO, C.A. Participação dos alunos deficientes mentais no "Festival Nossa Arte": Avaliando o contexto. Monografia da Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas de Especialização em Atividade Motora Adaptada. Campinas, 2003. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000321559&opt=1>, acesso em julho de 2012.

COSTA, J. F. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

(34) COSTA, C. M. *O despertar para o outro: Musicoterapia*. São Paulo, Summus, 1989.

(35) COSTA, C. M. *Musicoterapia no Rio de Janeiro – 1955 a 2005*. História da Musicoterapia com a colaboração de Clarice Cardeman. DVD, Edição de Alexandre Gonçalves, 2008. Disponível em <http://www.maristelasmith.com.br/site/images/docs/mt-no-rj_a-origem_clarice.pdf>, acesso em nov. 2013.

(36) COSTA, C.S.; VIANA, M.N. Música: uma linguagem terapêutica para psicóticos. Rev. Assoc. Bras. Psiquiatr. v.7, n.27, p.163-167, 1985.

(37) COSTA, C.S., VIANA, M.N. Musicoterapia: grupos de pacientes psiquiátricos internados por períodos breves. Jornal Bras. de Psiquiatria, v.31. n.3, p. 185-194, 1982.

COSTA-ROSA, A. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A. Ética e clínica na atenção psicossocial: contribuições da psicanálise de Freud e Lacan. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 20, n. 3, Set. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000300018&lng=en&nrm=iso, acesso em fev. 2012.

_____. A Instituição de Saúde Mental como dispositivo social de produção de subjetividade. Mimeo, UNESP, 2006.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S.; LUZIO, C.A. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma em saúde mental coletiva. In AMARANTE, P. (Org.), *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* (p.13-41). Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003.

(38) CRAVEIRO DE SÁ, L. *A teia do tempo e o autista: música e musicoterapia*. São Paulo: Tese (Doutorado em). Pontifícia Universidade de São Paulo, 2002.

DELEUZE, G. *Nietzsche e a Filosofia*. Rio de Janeiro, Editora Rio, 1978.

_____. *Foucault*. Tradução de C. S. Martins. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. O que é um dispositivo? Tradução de Fernando Cazarini, Ruy de Souza Dias e Hélio Rebello Cardoso Jr. IN: DELEUZE, G. Qu' est-ce qu'un dispositif? – Michel Foucault Philosophe. *Rencontre Internationale*. Paris 9,10, 11 jan. 1988. Paris: Seuil, 1989.

_____. *Péricles e Verdi: a filosofia de François Châtelet*. Trad. Hortência Santos Lencastre. Rio de Janeiro, Pazulin, 1999.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Revista de Psicologia da UNESP*, 6(1), Assis, 2007.

(39) DENZIM, A. S. et al. Banda “Lokonaboa”: uma experiência na atenção psicossocial. *Rev. Ciênc. Ext.* v.5, n.2, p.110, 2009. Disponível em <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/103/182>>, acesso em jan. 2012.

DIAS, R.M. *Nietzsche e a música*, Rio de Janeiro: Imago, 1994.

(40) DIAS, A.A.; SAMPAIO, J.J.C. Musicoterapia e Saúde Mental. In: JORGE, M.S.B., SAMPAIO, J.J.C.; MORAIS, A.P.P. (orgs.) *Saúde Mental e Saúde Pública: Interfaces da Teoria, Prática, Ética e Cidadania*. Fortaleza: Editora INESP, 1999.

(41) DIONÍSIO, G.H. & YASUI, S. Oficinas expressivas, estética e invenção. In: AMARANTE, P. & NOCAM, F. *Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Zagodoni, 2012.

(42) DOURADO, Henrique Autran. *Dicionário de termos e expressões da música*. São Paulo: Editora 34, 2004.

DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica, para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

(43) FARIAS, I.D. Grupo Vocal Esperança: A música pela vida. CAPS Porto, PELOTAS/RS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 456 e 457). *Anais...* Rio de Janeiro, 2010.

(44) FREI, A.E. *As oficinas de expressão sonora: relatos da busca por metodologias e terapêuticas entre a percepção das paisagens sonoras e clínicas das psicoses*. In: AMARANTE, P. & NOCAM, F. *Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Zagodoni, 2012.

(45) FREI, A.E.; BUELAU, R. M.; FREITAS, P. I. Y.; TOLEDO, F.M. Oficina de Expressão Sonora - busca de terapêuticas na clínica das psicoses para leitura de alucinações, delírios e realidades sonoras. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 555 e 556). *Anais...* Rio de Janeiro, 2010.

(46) FERNANDES, J. N. Paralelismo entre história e psicogênese da escrita do ritmo musical. *Psicologia USP*, São Paulo, v.9, n.2, p.221-247, 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641998000200009&lng=pt&nrm=isso, acesso em abril de 2009

(47) FERNANDES, R. L. et al. Análise contextual da música no tratamento dos portadores de transtorno psíquico. UFRN e Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 44-45). *Anais...* Rio de Janeiro, 2010.

(48) SANTOS, I.C.; FERNANDES, D.R.F. Oficina de Música & Cultura do CPTT - A experiência do CAPSad de Vitória/ES. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 560-561). *Anais...* Rio de Janeiro, 2010.

(49) FACHINI, F.; ROLDÃO, I.C.C. Maluco Beleza: No ar, um exercício de cidadania. XIII ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA PUC-CAMPINAS. *Anais...* 2008. Disponível em <http://www.puc-campinas.edu.br/websist/portal/pesquisa/ic/pic2008/resumos/Resumo/%7B83D05572-58DE-45A7-ACAF-B8151359182F%7D.pdf>

(50) FERRARI, P.; PEREIRA, L. R. A música e a palavra como estratégia de cuidado na clínica da psicose. CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 301-302). *Anais...* Rio de Janeiro, 2010.

FLEMING, M. *Ideologias e práticas psiquiátricas*. Porto: Edições Afrontamento, 1976.

(51) FONSECA, K. C. et al. Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n.03, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm, acessado em novembro de 2007. (p.398 – 403).

(52) FORTUNA, D. B. S.; OLIVEIRA, V. C. Mapeamento das práticas comunicacionais radiofônicas como terapia psicossocial nos serviços de saúde mental no Brasil. *Biblioteca Online de Ciências da Comunicação – BOCC*, 2012. Disponível em <http://www.bocc.ubi.pt/pag/fortuna-oliveira-2013-mapeamento-praticas-comunicacionais.pdf>, acesso em ago. 2013.

(53) FORTUNA, D.; OLIVEIRA, V. “Identificação Preliminar das Oficinas Midiáticas Utilizadas como Terapia Psicossocial nos Serviços de Saúde Mental no Brasil”. Comunicação Oral in: CONGRESSO INFORMAÇÃO E SAÚDE MENTAL DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL. Algarve, Portugal, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

_____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Tradução de Lígia M. Ponde Vassalo. Petrópolis, Vozes, 1987.

_____. A escrita de si. In: *O que é um autor?* Lisboa: Vega/Passagens, 1992.

_____. Sobre a genealogia da ética. Uma revisão do trabalho. In: Rabinow, Paul; Dreyfus, Hubert. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUSS, H. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. *A ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. O que são as luzes. In: FOUCAULT, M. *Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Org. e seleção de textos: Manoel Barros da Motta; tradução: Elisa Monteiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. *Olho D'agua: arte e loucura em exposição*. São Paulo: editora Escuta, 1995.

(54) GALLETTI, M.C. *Oficina em saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

(55) GALVANESE, A. T. C. *A produção do cuidado através de atividades de arte e cultura nos Centros de Atenção Psicossocial CAPS/ Adulto do município de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

GROUT, D. J.; PALISCA, C. V. *História da Música Ocidental*, 2 vol. Lisboa: Gradiva, 1997.

(56) GUAZINA, L e TITTONI, J. Musicoterapia Institucional na saúde do trabalhador: conexões, interfaces e produções. In: *Psicologia & Sociedade*; Porto Alegre, v. 21, n. 1: 2009. Disponível em <http://www6.ufrgs.br/seerpsicoc/ojs/>. Acessado em jul. 2009. (p.108-117).

(57) GULJOR, A.P.F. *Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental*. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=403421&indexSearch=ID>, acessado em nov. 2009.

GIL, A. C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5. ed. São Paulo. Atlas, 1999.

(58) GORCZEWSKI, D.; PALOMBINI, A. L. STREPPPEL, F. F. Entre improvisos e imprevistos: os modos de comunicar Potência Mental. In: *XV Encontro Nacional da ABRAPSO*, 2009. Disponível em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/234.%20entre%20improvisos%20e%20imprevistos.pdf, acesso em jul. 2011.

(59) GUERRA, A. M. C. *Oficinas em Saúde Mental: Percurso de uma História, Fundamentos de uma Prática*. In: COSTA, C. M.; FIGUEIREDO, A. C. *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental - Sujeito, Produção e Cidadania*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

(60) GUIMARÃES, T.A.A. Projeto Loucos Em Cantos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 987). *Anais...* Rio de Janeiro, 2010.

(61) HAINZ, C. G., COSTA-ROSA, A. A oficina terapêutica como intercessão em problemáticas de sujeitos constituídos por forclusão. *Psicologia em Estudo*, n 14 (Abr-Jun), 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122123021>>, acesso em jul. 2012.

(62) HAYNE, T. Rádio de hospital psiquiátrico é o grito que cura pacientes. Oficina 1”, in: *Jornal Mural*. 1 (2). 3o. Semestre de Jornalismo. Informativo das disciplinas Oficina 1 e Planejamento Gráfico, do curso de Jornalismo da Faculdade Social da Bahia, 2004.

(63) HEFFER, L. *Usuários e familiares da rede de saúde mental em Fortaleza vão desfilar em bloco*. Disponível em <<http://ne10.uol.com.br/canal/carnaval-2012/ceara/noticia/2012/02/17/usuarios-e-familiares-da-rede-de-saude-mental-em-fortaleza-vao-desfilar-em-bloco-327530.php>>, acesso em ago 2013.

(64) ICCA - Dicionário Cravo Albin da Música popular brasileira. 2013. Disponível em:<<http://www.dicionariompb.com.br/bloco-carnavalesco-loucura-suburbana/dados-artisticos>>. Acesso em nov. 2013.

(65) IORI-GARCIA, G. Z.; CORREA, M. R.; ROCHA, L. C.; FRANÇA, S. A. M. A estratégia genealógica e a produção de saber/poder/verdade nas práticas de saúde. In: CONSTANTINO, Elizabeth Piemonte - *Percursos da Pesquisa Qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Arte & Ciência, 2007.

LABARRIÈRE, P.-J. *Méthode*. In: *Encyclopédie philosophique universelle: les notions philosophiques*, tome 2. Paris: PUF, 1990.

LATOUR, B. *Jamais fomos modernos: Ensaio de Antropologia Simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

(66) SIQUEIRA, J.L.D.; LAGO, A.M.C.V. Coletivo da Música: um estudo sobre relações entre arte e saúde mental. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, v. 3, n. 1, p. 93-111, jun. 2012.

(67) LEANDRO, J. A. et al. Promoção da Saúde Mental: Música e Inclusão Social no Centro de Atenção Psicossocial de Castro/PR. *Revista Conexão*, Ponta Grossa, n. 3, p. 59-63, 2011. Disponível em: <<http://www.uepg.br/revistaconexao/revista/edicao03/artigo13.pdf>>. Acesso em: julho 2013.

(68) LEITE, R. M. *Flávio de Carvalho: entre a experiência e a experimentação*. Tese (Doutorado), Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo. 1994.

(69) LEONARDI, J. & PEDRÃO, L.J. *Canto e danças circulares em saúde mental: uma abordagem baseada no caminho do ser e conviver*. In: AMARANTE, P. & NOCAM, F. *Saúde Mental e Arte: Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Zagodoni, 2012.

(70) LIMA, E.M.F.A. *Clínica e Criação: a utilização de atividades em instituições de saúde mental*, Dissertação de Mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, 1997. Disponível em <http://dev.nucleodesubjetividade.net/0.4/wp-content/uploads/2011/09/clinica.pdf>, acesso em novembro de 2011.

(71) _____. Machado de Assis e a psiquiatria: um capítulo das relações entre arte e clínica no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.16, n.3, jul.-set. p.641-654. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n3/04.pdf>>, acesso em mar. 2013.

(72) _____. *Arte, clínica e loucura: território em mutação*. São Paulo: Fapesp/Summus, 2009b.

(73) _____. Oficinas, Laboratórios, Ateliês, Grupos de Atividades: Dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: COSTA, C. M. e FIGUEIREDO, A. C. *Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania*. Coleções IPUB. Rio de Janeiro, Contra Capa Livraria, 2004, 59 - 81.

(74) _____. Artes menores: criação de si e de mundos nas ações em saúde mental. In: AMARANTE, P.; NOCAM, F. *Saúde Mental e Arte – Práticas, Saberes e Debates*. São Paulo, Zagodoni, 2012.

(75) LIMA, E.M.F.A., PELBART, P.P. Arte, clínica e loucura: um território em mutação. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2007;14(3):709-35.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

(76) LOPES-LIMA, G. Educação pelos meios de comunicação: produção coletiva de comunicação, na perspectiva da educomunicação. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo). São Paulo, 2009.

LUZIO, C.A. *Atenção psicossocial: reflexões sobre o cuidado em saúde mental no Brasil*. Tese de Livre Docência, Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista. Assis, 2010.

(77) MACHADO, M.P. Arte, Saúde e Rizoma: A música e seus acoplamentos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME (p. 1059-1060). *Anais...* Rio de Janeiro, 2010.

MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAFFESOLI, M. *No fundo das aparências*. Trad. Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis. Vozes, 1996.

(78) MALUF, J. C. G. Afinando diferenças: o processo de construção artística do Coral Cênico Cidadãos Cantantes. Dissertação (Mestrado em Música). Instituto de Artes, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, 2005.

MANSANERA, A.R.; SILVA, L.C. A Influência das ideias higienistas no desenvolvimento da Psicologia no Brasil. *Rev. Psicologia em Estudo*, UEM – Maringá, v.5, n.1, Maringá, 2000. p. 115-137.

MARTINS, J. E. “Quando uma Foto Traz Reminiscências”. s/l, 2012. Disponível em <<http://blog.joseeduardomartins.com/index.php/2012/04/14/escola-pianistica-do-professor-jose-kliass/>>, acesso em ago. 2013.

(79) MARTINS, S. R. C.; SILVA, A. R.; SEI, M. B. Portal das Artes e a inserção da Música: Um relato de experiência em um Centro de Convivência. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME* (p. 970 e 971). Rio de Janeiro, 2010.

(80) MATEUS, L.A.S. A música facilitando a relação enfermeiro-cliente em sofrimento psíquico. (Dissertação). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.

(81) MELLO, V. P. Papo-cabeça, a experiência de uma oficina de rádio para usuários de serviços de saúde mental. Anais do 24. Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Campo Grande/MS, setembro 2001 [cd-rom]. São Paulo: Intercom, 2001. Disponível em <<http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/106421888783102963036477010951290221552.pdf>>, acesso em julho 2013.

(82) MELLO, W; FERREIRA, A.P. (orgs.). *A sabedoria que a gente não sabe*. Espaço Artaud: Rio de Janeiro, 2011.

(83) NICÁCIO, M. F. Tatam, tamtam. *In: NICÁCIO, M.F. O Processo de transformação da saúde mental em Santos: Desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, dissertação de mestrado, 1994.

(84) NICK, E. Musicoterapia: estudos preliminares de uma nova técnica musicoterápica para pacientes esquizofrênicos. *Jornal Bras. Psiquiatr.* v. 36, n. 3, p. 185-8, 1987.

NOVAES, A.R.V. Manual de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo Sesa_Cartilha_PICs_148x210mm.indd 1 10/05/2013 em http://www.saude.es.gov.br/download/SESA_MANUAL_PIC_VERSAO_FINAL.pdf acesso em 04 de outubro de 2013.

NIETZSCHE, Friedrich. *Genealogia da moral: uma polêmica*. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. Companhia das Letras, São Paulo, 1998.

(85) OLIVEIRA, B. T. G. M.; LATENEK, C. B. Oficina de Expressão Sonora: Um espaço de descobrimentos, trocas e criações na Atenção Psicossocial. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME* (p. 557). Rio de Janeiro, 2010.

OROPALLO, M. C. *A presença de Nietzsche no discurso de Foucault*. São Paulo: Tese (Mestrado em Filosofia). Universidade São Judas Tadeu, 2005.

(86) ORTRIWANO, Gisela. *A Informação no Rádio: os grupos de poder e a determinação dos conteúdos*. São Paulo: Summus, 1985.

(87) PALOMBINI, A. L.; CABRAL, K. V. BELLOC, M. M. Dispositivos Clínicos em Saúde Mental: a clínica na cidade entre o acontecimento e a permanência - Do AT à radiodifusão como estratégia de ocupação da cidade. In: *III Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*. Niterói-RJ, 2008.

PARADA, M.B.A. O maestro da ordem: Villa-Lobos e a cultura cívica nos anos 1930/1940. *Rev. ArtCultura*, Uberlândia, v. 10, n. 17, p. 173-189, jul.-dez. 2008. Disponível em: <http://www.artcultura.inhis.ufu.br/PDF17/M_Parada_17.pdf>, acesso out. 2012.

PASCHOAL, A.E. O procedimento genealógico de Nietzsche. *Revista Diálogo Educacional*, vol. 1, núm. 2, p. 1-21 PUC Paraná, Paraná, 2000. Disponível em <URL:<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1891/189118252010.pdf>>, acesso em Dez. 2011.

(88) PEIXOTO, P.T.C. *Do esquadrinhamento dos corpos à invenção de práticas instituintes nos ambulatórios de saúde mental: Três movimentos para a heterogênesse*. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal Fluminense Niterói, Niterói, 2007.

(89) _____. *Heterogênesse, Saúde Mental e Transcomposições*. Rio de Janeiro: Multifoco, 2012.

PELBART, P. P. *Vida capital – ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PEREIRA, M.E.C. Pinel, a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. Ver. *Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. VII, 3, 113-116, 2004. Disponível em <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume07/n3/pinel_a_mania_o_tratamento_moral_e_os_inicios_da_psiquiatria_contemporanea.pdf>, acesso em 10 de setembro de 2013.

(90) PIAZZETA, C.M. Essências da musicoterapia na contemporaneidade. *APMSP*, 2006. Disponível em <http://www.emind.info/apmsp/acordeol_ago2006/artigo_essencias_mt_contemp.pdf>, acesso em abr 2009.

(91) PIMENTEL, A.F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.38, p.741-54, jul./set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/10.pdf>

(92) PIMENTEL, A.F. *Convergências entre a Política Nacional de Humanização e a Musicoterapia*. 2005. Monografia (Especialização). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2005.

PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1996.

PRATTA, N.; COSTA-ROSA, A. O grupo psicoterapêutico e a interpretação na abordagem lacaniana: reflexão e redefinição de possibilidades e modos de atendimento na Saúde Coletiva. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*, São Paulo, v.14, n.4, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400007&lng=en&nrm=iso>, acesso em dez. 2012.

(93) PREFEITURA ITABORAÍ. Bloco de Carnaval promove política antimanicomial para pacientes mentais de Itaboraí. Disponível em: <<http://www.prefeituraitaborai.com/844/bloco-de-carnaval-promove-politica-antimanicomial-para-pacientes-mentais-de-itaborai/>>, acesso em ago 2013.

(94) PROVIDELLO, G. G. D. *Projeto banda Lokonaboa: criando um acorde entre arte, loucura e Reforma Psiquiátrica*. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Assis, 2011.

(95) PROVIDELLO, G.G.D.; YASUI, S. *Trabalho e Produção, arte e loucura: borrando divisões entre atividade terapêutica e prática sociocultural*. In HASHIMOTO, F. *Psicologia e trabalho: desafios e perspectivas*. Assis: UNESP Publicações, p.195-210, 2010.

(96) PROVIDELLO, G.G.D. e YASUI, S. *Banda Lokonaboa: análise e reflexões acerca de um projeto na Atenção Psicossocial* Revista de Psicologia da UNESP, 8(2), 2009. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/103/182>, acesso em setembro de 2012.

RAMOS, D. R. *O sujeito pedagógico na configuração social da atualidade: análise de discursos sobre educação a partir da PÁTIO - Revista Pedagógica e da noção de discursos ondas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia - Unesp, Assis, 2011.

(97) REINHEIMER, P. Tô maluco, mas tô em obra: a trajetória do artista moderno e as representações da loucura. *Revista de Ciências Sociais*, v. 41 n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.rcs.ufc.br/edicoes/v41n1/rcs_v41n1a4.pdf>, acesso em ago. 2013.

(98) RENZO, R.D. Arte e Saúde mental: um episódio. In: MELLO, W.; FERREIRA, A.P. (orgs.) *A sabedoria que a gente não sabe*. Espaço Artaud: Rio de Janeiro, 2011.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. Tunds, S.A. & Costa, N. Rosário. *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987.

(99) RIBAS, J. C. Música e Medicina. São Paulo, Neurônio, 1957.

(100) RIBEIRO, S. R., GONÇALVES, A.M. e SILVA, M.V. O fazer musical e a afetividade: articulações do processo grupal em corporações musicais de São João del Rei e região. In: MELLO, W. e PACELLI, A. (orgs.) *A sabedoria que a gente não sabe*. Espaço Artaud: Rio de Janeiro, 2011.

(101) RIBEIRO, S.F.R. Grupo de expressão: uma prática em saúde mental. Revista SPAGESP; 8(1)jun. 2007. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v8n1/v8n1a04.pdf>, acesso em outubro de 2013.

RODRIGUES, A. M. L. A teoria dos arquivos e a gestão de documentos. *Rev. Perspect. ciênc. inf.*, Belo Horizonte, v.11 n.1, p. 102-117, jan./abr, 2006.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização: uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: _____. (Orgs.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990.

(102) RUUD, E. *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo. Summus, 1990.

(103) SAMPAIO TAVARES, R. M. e BIAGGI, N. Movimento Vital Expressivo em um Centro de Convivência: “Um resgate à identidade”. Centro de Convivência - Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. p.922.

SANDER, J. A caixa de ferramentas de Michel Foucault, a reforma psiquiátrica e os desafios contemporâneos. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 22, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000200019&lng=en&nrm=iso>, acesso em ago. 2013.

SANTAELLA, L. *Comunicação e pesquisa*. São Paulo: Hacker Ed., 2001.

(104) SANTOS, A.C.C.; LOMBARDO, G.N. Interface entre Arte, Território e Cultura: Potencializando projetos e transformando experiências através da vivência musical. CAPSad Independência – UNICAMP. p.814. 2010

SAPELINI, C. Acústica e o meio ambiente. Trabalho apresentado à disciplina de Física do curso de Engenharia Ambiental e Sanitária da Universidade da Região de Joinville. Disponível em <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAF3AAA/acustica>>, acesso em 10 de setembro de 2013.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para passagem do milênio. In: PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1996.

SEKKEF, M.L. *Da música, seus usos e recursos*. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

SILVA.V.L.; RIBEIRO.V.; RIBEIRO.A.B. Capoeira Angola, cultura e saúde mental. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE MENTAL DA ABRASME. Rio de Janeiro, 2010.

(105) SIQUEIRA-SILVA, R. *Cartografias de uma experimentação musical: entre a musicoterapia e o grupo Mágicos do Som*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Instituto de Ciências Humanas e Filosofia da Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

(106) SIQUEIRA-SILVA, R.; MORAES, M.; NUNES, J.A. Grupos musicais em saúde mental: Atores em ação no cenário da reforma psiquiátrica no Rio de Janeiro/Brasil, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 94, 2011, 87-107.

(107) SIQUEIRA-SILVA, R. *Grupos musicais em Saúde Mental: conexões entre estética musical e práticas musicoterápicas*. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2012.

(108) SOUZA, V.H.P. Contribuições ao estudo da hiperatividade: determinação de índices para avaliação de comportamento irrequieto e alternativa de tratamento através de música. São Paulo: 1995. 462 p. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.

SOUZA, A.P.R. et al. O Grupo na Fonoaudiologia: origens clínicas e na Saúde Coletiva. *Rev. CEFAC.*, 2011 Jan-Fev; 13(1):140-151.

(109) SCHAFER, R. M., *O ouvido pensante*. Tradução Marisa Fonterrada et al. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1991.

(110) _____. *A afinação do mundo*. Tradução Marisa Fonterrada. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

(111) SILVA, J. A. *Poéticas e marginalidade: experiências no Projeto Cidadãos Cantantes*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

(112) SQUIZZATTO JUNIOR, R.; RUMIM, C.R. Análise da Produção Musical ligada à Atenção Psicossocial. *Revista OMNIA Saúde, Anais.*. Suplemento do Encontro de Psicologia da FAI: práticas, saúde e evidências, Adamantina, 2013. Disponível em: <http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/444/pdf>.

(113) STREPPPEL, F. F.; PALOMBINI, A.L. Devir-loucura no rádio: uma experiência em saúde mental. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922011000300005&lng=en&nrm=iso>, acesso em out. 2013.

(114) STREPPPEL, F. F. Potência Mental no ar...Exercícios de esquizo-radiofonia. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de pós-graduação em psicologia social e institucional. Porto Alegre, 2011.

(115) SYDENSTRICKER, T. Musicoterapia: uma alternativa para psicóticos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.40, n.10, p.509-513, 1991.

STRICKLAND, J. Matéria da internet intitulada “Os seres humanos conseguem ouvir no espaço?” tradução de de HowStuffWorks Brasil, grifo nosso. Disponível em: <<http://ciencia.hsw.uol.com.br/humanos-podem-ouvir-no-espaco1.htm>>. Acesso em set. 2013.

(116) TULLIO, E.F., NASCIMENTO, M.J.C. Doidodum: musicoterapia, ensino e clínica antimanicomial. *Em extensão*, Uberlândia, v. 11, n. 2, p. 155-161, jul./dez. 2012. Disponível em <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/20781>>, acesso em set. de 2013.

VEYNE, P. Foucault revoluciona a história. In: VEYNE, P. *Como se escreve a história*. Brasília: Universidade de Brasília, 1998.

WEINMANN, A. O. *Dispositivo: Um Solo para a Subjetivação*. Rio Grande do Sul: PGEDU/UFRGS, 2006.

WISNIK, J.M. *O som e o sentido: Uma outra história das músicas*. São Paulo, Companhia das Letras, 1999.

(117) VIANNA, M.N. *Musicoterapia e aleitamento materno*. 2008. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2008.

(118) VIDAL, V. Cancioneiros do IPUB. In: MELLO, W. e FERREIRA, A. P. (orgs.) *A sabedoria que a gente não sabe*. Espaço Artaud: Rio de Janeiro, 2011.

(119) WANDERLEY, L. Grupo de Ações Poéticas Sistema Nervoso Alterado. In: MELLO, W. e PACELLI, A. (orgs.) *A sabedoria que a gente não sabe*. Espaço Artaud: Rio de Janeiro, 2011.

(120) XISTO, V. “Coletivo Carnavalesco Tá pirando, pirado, pirou!”: desinstitucionalização e estratégias de sobrevivência dos profissionais de saúde mental. In: MELLO, W. e PACELLI, A. (orgs.) *A sabedoria que a gente não sabe*. Espaço Artaud: Rio de Janeiro, 2011.

(121) TOMAZ, T. Uma Cabeça. Muitas Cabeças: Além dos limites da terapia, integrantes da luta antimanicomial enfrentam com a arte a loucura do preconceito. *Reportagem Itaú Cultural*, s/l., s/d. Disponível em <http://www.itaucultural.org.br/bcodemidias/001079.pdf>, acesso em agosto de 2013.

TYKANORI, R. Uma experiência pioneira: A Reforma Psiquiátrica Italiana. In *Saúde Mental e Cidadania* (Vários autores). Ed. Mandacarú, SP, 1986.

ZAMPIERI, S.A.; BEHLAU, M. e BRASIL, O.O.C. Análise de cantores de baile em estilo de canto popular e lírico: perceptivo-auditiva, acústica e da configuração laríngea. *Rev Bras Otorrinolaringol*. V.68, n.3, 378-86, maio/jun. 2002.

ZANETTI, F. L. *A Condição da arte e os Novos Paraísos Artificiais*. 2007. 116f. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Assis, 2007.

ANEXO

II. ANEXO AUDÍVEL

Este anexo se encontra em formato de CD de músicas. As Faixas do CD são:

- Faixa 00 - Atmospheres de György Ligeti
- Faixa 01 - Heterogênese Urbana
- Faixa 02 - Mágicos do Som
- Faixa 03 - Sistema Nervoso Alterado
- Faixa 04 - Cancioneiros do IPUB
- Faixa 05 - Banda Loko Na Boa
- Faixa 06- Banda Harmonia Enlouquece
- Faixa 07 - Hip Hop Black Confusion
- Faixa 08 - Os Impacientes
- Faixa 09 - Tremtantan
- Faixa 10 - Coral Cênico Cidadãos Cantantes
- Faixa 11 - Zé do Poço
- Faixa 12 - Bloco Tá Pirando Pirado Pirou! - Carnaval 2012
- Faixa 13 - Loucura Suburbana
- Faixa 14 - Cordão Bibitantã
- Faixa 15 - Bloco Unidos do Candinho Carnaval 2012